

100 Fälle von
Hypertrophia cordis potatoria.

Beitrag zur Charakteristik der klinischen Erscheinungen
derselben mit Berücksichtigung der Münchener Verhältnisse.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesamnten Medizin

verfasst und der

hohen medizinischen Fakultät

der k. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität

zu München

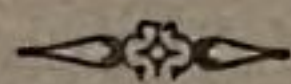
unter dem Präsidium des

Herrn Geheimrats Prof. Dr. v. Ziemssen

vorgelegt von

Albin Kipp

aus Coburg.



München 1893.

K. HOF- U. UNIVERSITAETS BUCHDRUCKEREI V. DR. C. WOLF & SOHN.

100 Fälle von
Hypertrophia cordis potatoria.

Beitrag zur Charakteristik der klinischen Erscheinungen
derselben mit Berücksichtigung der Münchener Verhältnisse.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesamzten Medizin

verfasst und der

hohen medizinischen Fakultät

der k. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität

zu München

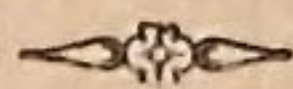
unter dem Präsidium des

Herrn Geheimrats Prof. Dr. v. Ziemssen

vorgelegt von

Albin Kipp

aus Coburg.



München 1893.

K. Hof- u. Universitäts-Buchdruckerei v. Dr. C. Wolf & Sohn.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit.

Ungemein häufig und ganz besonders die arbeitenden Klassen betreffend ist in München die Zahl der Herzkrankheiten, eine Thatsache, welche schon vielfach der Gegenstand lebhafter Erörterungen gewesen ist und welche festgestellt werden konnte durch den Vergleich des Prozentsatzes von Herzkranken Münchens mit dem anderer Städte. Nach den Berichten des Pathologischen Institutes zu München betrug in den Jahren 1865—1874 die Zahl der an Herzerkrankungen aller Art Gestorbenen 6,24% (= 240) der Gesamtsumme von 3846 Sectionen, wobei es damals schon auffallend erscheinen musste, dass das männliche Geschlecht um nahezu das Doppelte beteiligt war gegenüber dem weiblichen Geschlecht; die Herzaaffektionen nahmen mit dieser Ziffer die 5. häufigste Stelle unter den Todesursachen ein. Und bei den in den Jahren 1878—1884 vorgenommenen 3749 Sectionen stieg die Zahl der mit Myocarditis chronica und Myodegeneratio cordis Behafteten auf 285 = 7,59%, eine Summe, welche fast den 13. Teil des gesamten Leichenmaterials ausmacht; auch in diesen Angaben übertrifft das männliche Geschlecht das weibliche nicht nur absolut bedeutend (181 : 88), sondern auch relativ (8,77% der Gesamtzahl der Männer als 2. häufigste Todesursache gegenüber 5,94% der Weiber als 5. häufigste Todesursache). „Zahlen beweisen,“ sagt das altbekannte Sprüchwort, und diese Zahlen beweisen in der That, dass Herzaaffektionen in München gegenwärtig nächst der Tuberkulose eine Hauptrolle unter den Todesursachen spielen.

Wenn wir nun nach den Quellen der in München so häufigen Herzerkrankungen fragen, so sind vor allen Dingen zwei sie bedingende Factoren zu nennen: Der Gelenkrheumatismus und das Bierpotatorium.

Es ist bekannt, dass bei der Polyarthritidis acuta sehr oft

das Herz in Mitleidenschaft gezogen wird; dass die Erkrankung des Herzens, während sie bei anderen Krankheiten zu den Ausnahmen gehört, zu jeder Zeit während des Bestehens der Polyarthrits so häufig vorkommt, dass darin wohl mehr als ein zufälliges Zusammentreffen erblickt werden muss (Jürgensen). Wieviel Prozente von an Gelenkrheumatismus Leidenden Herzaffektionen acquirieren, darüber gehen die Meinungen noch sehr auseinander; die Angaben schwanken zwischen 7⁰/₀ und 50⁰/₀. Die Ursachen, warum gerade in München so vielfach Gelenkrheumatismus beobachtet wird, sind bis heute noch nicht zur Genüge aufgeklärt; die Vermutung ist jedoch nicht von der Hand zu weisen, dass klimatologische oder Bodenverhältnisse ihn immerhin beeinflussen können; sagt ja doch auch Geheimrat, von Ziemssen, dass die Polyarthrits eine der häufigsten acuten Erkrankungen auf der ganzen bayerischen Hochebene sei.

Dr. Karl Nössel hat in den „Annalen der städtischen Krankenhäuser zu München“ Studien über die Ursachen der Polyarthrits veröffentlicht und ist auf Grund derselben zu sehr interessanten Ergebnissen gekommen. Er sagt u. A.: Die Erkrankung fällt am häufigsten in das 10.—30. Lebensalter und kommt weit öfter bei Weibern als bei Männern zur Beobachtung. Niedere Temperaturgrade begünstigen die Entwicklung des Gelenkrheumatismus in hohem Masse, während Temperaturschwankungen, Luftdruck und Feuchtigkeitsgehalt der Luft ohne Einfluss zu sein scheinen. Die Thatsache weiterhin, dass solche Personen, welche stets im Freien arbeiten, seltener befallen werden, als solche, die zu Hause arbeiten, spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit dafür, dass der Gelenkrheumatismus eine miasmatische Infektionskrankheit ist, für welche auch eine Erkältung mindestens als disponierend angesehen werden muss. Auch ist eine bedeutendere Windgeschwindigkeit vielleicht im stande, einen ungünstigen Einfluss auf die Rheumatismusfrequenz auszuüben; denn da vermehrte Windstärke die Austrocknung des Bodens begünstigt, ist die Möglichkeit gegeben, dass das Virus sich bei trockenem Boden der Luft mitteilt und durch den Luftstrom weitergetragen wird. Da aber mit all' diesen Momenten noch keineswegs die grosse Verbreitung des Gelenkrheumatismus in München erklärt ist, so erwägt Verf. am Schlusse seiner Arbeit, ob nicht durch die Kanalisation und die damit bedingte Senkung des Grundwasserstandes so gut wie dem Typhusbacillus ein ungünstigerer Nährboden, hiermit dem organi-

sierten Krankheitserreger des Gelenkrheumatismus ein zur Entwicklung besser geeigneter Nährboden geschaffen worden sei. Dem entgegen hat jedoch von Ziemssen an der Hand einer umfassenden Statistik nachgewiesen, dass seit dem Jahre 1888 (also noch vor der vollständigen Fertigstellung der Münchener Canalisationsarbeiten) die Frequenz der Erkrankungen an Gelenkrheumatismus stetig abgenommen habe. Ob nun diese Abnahme auch fernerhin Bestand hat, darüber können uns erst die folgenden Jahre Aufschluss geben.

Das zweite ätiologische Hauptmoment der in München geradezu endemisch auftretenden Herzkrankheiten ist das Bierpotatorium, dessen Ursachen wohl zum grössten Teil in der Lebensweise der Bevölkerung überhaupt und in den sowohl quantitativ als besonders qualitativ ausgezeichneten Bierverhältnissen zu suchen sind. In Folgendem sei es mir gestattet, die Wirkungen, welche übermässiger Biergenuss auf das sonst gesunde Herz ausübt, d. i. die idiopathische Hypertrophie und Dilatation des Herzens (Herzvergrösserung ohne Klappenfehler) und ganz besonders deren klinische Erscheinungen an einer Reihe von Fällen, welche auf der I. Abteilung des hiesigen Krankenhauses l. d. I. zur Beobachtung kamen, eingehender zu besprechen.

Was zunächst den Begriff des Bierpotatoriums anlangt, so verstehe ich darunter eine tägliche Zufuhr von etwa 5 bis 20 Liter bei Enthaltung von grösseren Mengen anderer geistiger Getränke. Dass nun naturgemäss durch den lange Zeit fortgesetzten Genuss solcher gewaltiger Biermengen allmählig dauernde pathologische Störungen entstehen müssen, bedarf wohl kaum eines Beweises. Lange Jahre vielleicht vermag der Körper, resp. dessen Organe, den an sie gestellten abnormen Anforderungen Trotz zu bieten, sie zu überwinden; aber endlich erlahmt doch einmal die Kraft, je länger der Körper solche Aufgaben zu bewältigen hat, um so sicherer treten Gesundheitsstörungen zu Tage, die sich sowohl in constitutionellen, als auch in speziellen Organ-Erkrankungen äussern. Von letzteren ist es neben Leber und Verdauungskanal vor allen Dingen das Herz, das die wichtigsten und bei habituellen Trinkern fast constant vorkommenden Veränderungen in Form der Dilatation und Hypertrophie darbietet. Infolge des übermässigen Genusses alkoholischer Getränke erweitern sich die Blutgefässe der Haut; es treten bedeutende Verlangsamung des Blutstromes, abnorme Drucksteigerungen im Aortensystem, schliesslich auch Stauungserscheinungen auf, die dem Herz-

muskel starken Widerstand entgegensetzen und hierdurch eine vermehrte Thätigkeit desselben verursachen, so dass die gesamte Herzaktion eine allmählig immer grösser werdende Steigerung erfährt. Weiterhin wird aber auch die Arbeitsleistung des Herzens vermehrt durch die dem chronischen Alkoholismus eigentümliche allgemeine Ablagerung von Fett in und um die einzelnen Organe, durch die mit der Zeit stattfindende Fettinfiltration in den Herzmuskel selbst; schliesslich ist noch die atheromatöse Erkrankung der arteriellen Gefässe hervorzuheben, wodurch nach teilweiser oder vollständiger Einbusse der Elastizität der Gefässwände ein weiteres bedeutendes Hindernis für die Blutcirculation, resp. für die Herzthätigkeit abgegeben wird (Baer), so dass sich beim Zusammenwirken aller dieser von der constanten Reizwirkung des Alkohols ausgehenden Faktoren und bei Bierpotatoren noch besonders durch die vermehrte Aufgabe, kolossale Flüssigkeitsmengen bewegen zu müssen, im Laufe der Zeit Dilatation der Herzhöhlen einstellt, und gleichzeitig mit dieser, ebenso wie bei anderen Muskeln, welche sich permanent in anstrengender Thätigkeit befinden, eine Volumzunahme des Herzmuskels, eine Hypertrophie und wahrscheinlich auch Hyperplasie der Muskelfasern, welche jedenfalls zuerst im linken Ventrikel, da derselbe die am meisten anstrengende Arbeit zu verrichten hat, sich geltend machen wird. Durch die Hypertrophie der Wände wird ein Ausgleich für das continuierliche Fortbestehen der Schädlichkeiten, eine Compensation hergestellt, welche das Herz befähigt, den abnormen Widerständen in der Circulation mit neuer Kraft entgegenzutreten und die gesteigerte Aktion für lange Zeit wieder auszuhalten. Sobald nun aber der linke Ventrikel durch seine Dilatation und Hypertrophie sich den vermehrten Anstrengungen wieder gewachsen zeigt, so muss selbstredend binnen kurzer Zeit der rechte Ventrikel mit denselben Veränderungen nachfolgen, und so finden wir denn bei den habituellen Biertrinkern in noch verhältnismässig jungen Jahren eine über die normalen Grenzen hinausgehende, meistens sehr deutlich nachweisbare Vergrösserung des Herzens in allen seinen Durchmessern. Als einziger Grund dieser so ausserordentlich charakteristisch sich äussernden Herzbeschwerden konnte bis jetzt nur der fortgesetzte übermässige Genuss des Bieres beschuldigt werden. O. Fräntzel meint auch, ein Beweis für diese Auffassung liege darin, dass in nicht zu schweren Fällen ganz regelmässig nach Entziehung der oft kolossalen Bierquanta Besserung, event. selbst Heilung eintreten könne.

Dass in München thatsächlich der Bierkonsum im Vergleich zu anderen Städten und Ländern ein unverhältnismässig grosser ist, haben Schmidbauer und besonders Bollinger an der Hand von statistisch festgestellten Zahlen zur Genüge bewiesen. Schmidbauer sagt: Der Bierkonsum betrug nach v. Voit im Jahre 1874 für den Kopf der Bevölkerung in Liter:

In Belgien	158 Liter
In England	139 „
Im deutschen Reich	98 „
In Oesterreich	37 „
In Frankreich	21 „
In München	566 „

Pro Tag ergibt sich daraus für die Einzelperson in München — also Säuglinge, Kinder und Frauen mit eingeschlossen — $1\frac{1}{3}$ Liter Bier und das Bier zu 4⁰/₁₀₀ absolutem Alkohol berechnet, 53 ccm davon. Dieses Quantum multipliziert sich natürlich bei der biervertilgenden Männerwelt um das zwei- bis zehnfache für die Einzelperson und gibt dann eine Ziffer, die in Bezug auf die Alkoholmenge dem Gewohnheitsquantum der Brantweintrinker nahe oder gleichkommt.

Obwohl die oben angeführten Zahlen bereits vor annähernd 20 Jahren festgestellt wurden, so dürften sich dieselben aber doch, natürlich abgesehen von den Schwankungen der einzelnen Jahre, im Grossen und Ganzen auch heute noch als ziemlich zutreffend erweisen. Allerdings erscheinen ja die 566 Mass Bier pro Kopf der Bevölkerung auf den ersten Blick als eine ungeheuerliche Zahl; doch aber wird diese immerhin etwas reduziert durch die grosse Menge von Fremden, von denen München während der Sommermonate geradezu überschwemmt wird und welche gewiss den eingeborenen Münchenern in der Vertilgung des edlen Stoffes redlich Beistand leisten; es ist ja eine bekannte Thatsache, dass München von vielen Fremden weniger als Kunststadt, wie gerade als Bierstadt geschätzt wird, so dass hierdurch auch die Bierconsumption von seiten der Fremden, welche den „Genuss“ nur für einige Tage im Jahr haben können, eine mindestens doppelt so grosse ist wie die des daran gewöhnten einheimischen Bierphilisters. Dem gegenüber hat Bollinger geäussert, dass dieser Ausfall wieder ausgeglichen würde durch die Biermengen, welche die allerdings recht ausflugslustige Bevölkerung ausserhalb der Stadt consumiere; doch ist kaum anzunehmen, dass hierdurch eine vollständige Deckung der von Fremden consumierten Quantitäten herbeigeführt wird,

zumal da gegenwärtig bereits viele sogenannte „Ausflugsorte“ zum Münchener Stadtbezirk gehören. Mag dem nun sein, wie ihm will; auch nach Abzug dieses Ausfalles bleiben doch immer noch so grosse Mengen genossenen Bieres für den Münchener übrig, dass damit ihre perniciöse Wirkung auf das Herz hinreichend erklärt werden kann.

Die idiopathische Hypertrophie und Dilatation des Herzens, d. h. also eine allgemeine Herzerkrankung mit vollständig intakten Klappen und normaler Muskelsubstanz, war von jeher eine vielfach umstrittene Frage, die bis in die Neuzeit von vielen Beobachtern entweder nur mit grosser Zurückhaltung oder selbst in negativem Sinne beantwortet wurde. Viele unter den früheren Autoren waren der Meinung, dass weder durch Potatorium noch auch durch übermässige körperliche Anstrengung eine Hypertrophie und Dilatation des Herzens entstehen könne, wenn nicht gleichzeitig materielle Veränderungen, als Klappenfehler, Hindernisse im Blutkreislauf und dergl. beständen, dass eine allgemeine Vermehrung der Blutmasse, welche an die Arbeit des ganzen Herzens, besonders des linken Ventrikels, erhöhte Anforderungen stelle, niemals lange genug einwirke und selbst bei vielfacher Wiederholung nicht im stande sei, solche Consequenzen herbeizuführen, so wenig als habituelle Wassertrinker jemals eine Herzhypertrophie acquirierten. Gegen diese Ansichten veröffentlichten zuerst Seitz in Zürich und Münzinger in Tübingen beide eine mässige Anzahl von Fällen, mit welchen sie den definitiven Nachweis erbrachten, dass eine eventuell selbst tödtlich verlaufende Hypertrophie und Dilatation des Herzens ohne Klappenfehler und sonstige Circulationsstörungen, lediglich hervorgebracht durch angestrengte Arbeit der Muskeln, überhaupt vorkommen könnte, und neuerdings war es besonders von Recklinghausen, welcher energisch darauf hinwies, dass in solchen Fällen der Umstand oft übersehen worden sei, dass eine übermässige Blutfülle, eine Plethora vera, sich im Laufe der Zeit einstelle, welche natürlich bei längerer Dauer die Herzarbeit (und damit die Herzgrösse) ebenso steigern müsse, wie irgend ein chronisches Hindernis im Circulationsapparat. Selbst wenn die Herzkontraktionen während einer längeren Zeit, ev. gar Jahre lang, beschleunigt seien, brauche doch daraus durchaus noch nicht eine Hypertrophie zu resultieren, wenn dabei nicht gleichzeitig die Kraftanstrengung zwecks Ueberwindung von Widerständen erhöht sei; ebenso wenig seien z. B. die willkürlichen Muskeln der

Hand bei Mechanikern, welche sie doch fleissig contrahieren müssten, aber dabei keine grobe Arbeit zu leisten hätten, kräftiger gebildet wie unter normalen Verhältnissen; vielmehr sei nur bei denjenigen Arbeitern die Muskulatur hypertrophiert, bei denen die Hand bedeutende Kraftleistungen auszuführen habe.

Von den neueren Autoren, welche sich mit vorliegender Frage eingehender beschäftigt haben, gebührt vor allem Bollinger (und seiner Schule) das Verdienst, zuerst mit Wort und Schrift die Aufmerksamkeit der ärztlichen Kreise auf die alkoholisch-plethorische Form der idiopathischen Hypertrophie und Dilatation des Herzens gelenkt zu haben. Mit Recht behauptet er, dass dieselbe weder durch eine Myocarditis noch auch im Zusammenhange mit Polyarthrititis erklärt werden könne, sondern wohl als eine toxisch-funktionelle Hypertrophie aufzufassen sei, welche allein hervorgebracht werde durch habituellen Bieralkoholismus und eine damit concurrierende Plethora.

Ich komme nunmehr nach dieser kurzen Uebersicht zu meiner direkten Aufgabe, an der Hand einer grösseren Zahl ausgewählter Fälle von nachgewiesenem Bierpotatorium, welche während der Jahre 1877—1889 auf der I. Abteilung des hiesigen städtischen Krankenhauses l. d. I. behandelt wurden und deren Material mir durch die Güte des Herrn Geheimrates Professor Dr. von Ziemssen zur Verfügung gestellt wurde, die Hypertrophia cordis potatoria besonders in Bezug auf ihre klinischen Erscheinungen, wie sie vom Arzte am Krankenbette beobachtet werden, eingehender zu würdigen.

Casuistik.

1. Rudolf O., 23 Jahre alt, cand. phil. † 13. II. 1880. Aufenthaltsdauer im Krankenhaus 1 Tag. Erkrankung ziemlich plötzlich vor 8 Tagen; vorher angeblich vollkommen gesund. Klage über Schweratmigkeit und Appetitlosigkeit. Anschwellung der Beine angeblich erst seit einem Tag bestehend. Patient soll Potator sein.

Kräftiger, normaler Körperbau. Beträchtliche Cyanose; gelbliche Verfärbung der Haut. Atmung sehr frequent und mühsam, 48 in der Minute. Puls klein und weich, aber regelmässig. Herzdämpfung reicht bis nahe an den rechten Sternalrand; Spitzenstoss in der Mammillarlinie im 5. Inter-costalraum; Aktion regelmässig; Töne rein. Anasarca der vorderen Brust- und Bauchwand. Beiderseitiger Hydrothorax; beträchtlicher Ascites. Starkes Oedem der Beine.

Atembeschwerden und Cyanose andauernd. Pulsqualität bessert sich nur vorübergehend auf Digitalis und Excitantien. Plötzlicher Collaps und Exitus letalis am 13. II. 80.

Leichenbefund: Ascites; Hydrothorax; Hydropericardium; Anasarca. Kleine Narbe in der linken Lungenspitze. Ecchymosen der Pleura. Starke Injektion der Bronchialschleimhaut. Herz bedeutend vergrössert, schlaff; Muskel brüchig; Klappen gehörig. Stauungsleber; starke Injektion der Magen- und Darmschleimhaut. Cyanotische Induration der Nieren.

• 2. Michael P., 24 Jahre alt, Bräugehilfe.

Aufenthalt im Krankenhaus vom 13. VII. bis 18. VII. 1880. Patient will seither nie intern krank gewesen sein. Seit 4 Tagen Schmerz und Anschwellung der Beine. Zugestandenes Potatorium; tägliches Bierquantum 8 Liter.

Kräftiger Körperbau. Anasarca der Beine. Herz nach rechts bis zur Mitte des Sternum reichend, Spitzenstoss in der Mammillarlinie; 1. Ton an der Spitze unrein. Geringer Eiweissgehalt des Harnes. Schleimig-eiteriger Auswurf. Temperatur 36,7. Puls 104. Respiration 28.

Oedem der Beine nimmt zu. Es stellt sich Cyanose der Haut ein. Klage über Schweratmigkeit. Aufgeregte Herz-

aktion. Epigastrium druckempfindlich. Puls klein und weich, regelmässig. Links und rechts hinten unten abgeschwächtes Atmen und Dämpfung.

Cyanose, Dyspnoe im Zunehmen; grosse Unruhe. Starkes Druckgefühl und Schmerz im Epigastrium. Puls unfehlbar. Nach Excitantien nur vorübergehende Besserung. Unter zunehmenden Collaps-Erscheinungen (Cyanose, Kälte der Extremitäten, Dyspnoe) erfolgt der Tod.

Leichenbefund: Hydrothorax; Hydropericardium; Ascites; Anasarca. Herz stark vergrössert; zahlreiche Ecchymosen auf dem Epicard; Muskulatur blass; Klappen intakt. Stauungsmilz; Stauungsleber; Stauungsniere. Starke Injektion und Ecchymosierung der Magen- und Darmschleimhaut.

3. Andreas M., 36 Jahre alt, Bäckergehilfe.

Spitalaufenthalt 3 Tage vom 22.—25. XII. 80. Seit einem Jahre Schweratmigkeit, Husten, Appetitlosigkeit und Anschwellung der Füße; seit einem halben Jahr stetige Zunahme der Beschwerden. Potatorium zugestanden.

Kräftiger Körperbau; gut entwickelte Muskulatur; starkes Fettpolster. Extremitäten und Lippen stark cyanotisch. Ueber beiden Lungen grobe Rasselgeräusche. Herzdämpfung reicht bis zum rechten Sternalrand; Spitzenstoss breit im 5. Inter-costalraum zu fühlen; epigastrische Pulsation. Herztöne wenig kräftig; 1. Ton an der Spitze unrein. Abdomen etwas meteoristisch; kein Ascites. Leber und Milz vergrössert. Urin eiweissaltig. Temperatur 36,5. Puls 100. Respiration 28. Oligurie (in 2 Tagen 50 ccm Harn). Puls klein und weich. Excitantien und Digitalis sind wirkungslos; unter dyspnoischen Anfällen (Respiration 48) tritt Exitus ein.

Leichenbefund: Käsiges Herd in den Lungen. Starke Bronchitis. Herz stark vergrössert; Sehnenflecke und Ecchymosen auf der Oberfläche. Klappen gehörig. Muskel etwas brüchig. Injektion der Magen- und Darmschleimhaut. Stauungsorgane.

4. Martin O., 38 Jahre alt, Kutscher.

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus vom 17. XII. bis 22. XII. 80. Patient erkrankte vor 8 Tagen mit Atemnot und Husten. Appetit sehr vermindert; Stuhl obstipiert. Ziemlich reichlicher, schleimig-blutiger Auswurf. Bis zur gleichen Zeit vorigen Jahres, wo ähnliche Erscheinungen, aber geringeren Grades, bestanden haben sollen, will Patient vollkommen gesund gewesen sein, auch bei grösseren An-

strengungen nie an Herzklopfen oder Atemnot gelitten haben. Starkes Potatorium zugegeben.

Kräftiger, gut genährter Körper; wenig Fettansatz. Puls weich, sehr klein; intermittierend, 116 Schläge; Respiration 36; Temperatur 37,5. Auf den Lungen kleinblasiges Rasseln, verschärftes Atmen, verlängertes Exspirium. Herzdämpfung in jeder Richtung enorm vergrössert; Spitzenstoss nicht zu fühlen. Neben pericardialen Reibegeräusch sind die Herztöne rein zu hören. Leber und Milz stark vergrössert. Urin eiweiss-haltig; Menge 250 ccm; spez. Gew. 1027.

Zunehmende Atemfrequenz. Puls kaum fühlbar. Starke Cyanose und hochgradige Dyspnoe. Trotz Anwendung von Quebracho, Digitalis, Campher, Cognac, Eis etc. keine Besserung. Unter starkem Lufthunger erfolgt Exitus letalis.

Leichenbefund: Hämorrhagische Pericarditis und beginnende Pleuritis. Herzmuskel etwas brüchig; Klappen gehörig. Starke Injektion der Bronchial-, Magen- und Darmschleimhaut. Stauungsmilz; Stauungsleber; Stauungsnieren.

5. Franz G., 35 Jahre alt, Maurer.

Aufenthaltsdauer im Spital vom 8.—12. XI. 80. Bis vor einem Jahre vollkommenes Wohlbefinden; es trat damals Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Erbrechen (besonders nach dem Mittagessen) auf. Im Frühjahr 1880 Blutbrechen (Erbrechen von schwarzen Massen); zeitweilige Atembeschwerden und Husten. Seit 3 Wochen Drücken und Stechen auf der Brust. Schweratmigkeit auch bei geringen Anstrengungen; seit 3 Tagen grosse Atemnot. Herzklopfen hat niemals bestanden. Frage nach Potatorium wird bejaht.

Geringe Cyanose der Lippen. Puls sehr klein, intermittierend, 108. Starke Dyspnoe; Respirationsfrequenz 28. Temperatur 37,2. Knöchel-Oedem. Lungenbefund ergibt tympanitischen Schall; verschärftes Atmen; verlängertes Exspirium; feuchte Rasselgeräusche. Herzdämpfung bedeutend vergrössert; nach rechts bis zur Mitte des Sternum reichend; Spitzenstoss im 5. Intercostalraum, in der Mammillarlinie; Herztöne leise, aber rein. Abdomen etwas aufgetrieben; Leber- und Milzdämpfung vergrössert. Harn trübe, eiweiss-haltig, ca. 400 ccm pro die, spez. Gew. 1016. Therapie: Expectorantia, Narcotica.

Cyanose stärker. Kühle der Extremitäten. Aufgeregte Herzaktion; sehr frequente, oberflächliche Respiration. Puls kaum fühlbar. Dyspnoe, Erbrechen. Temperatur 38,6. Nach

vorübergehender Besserung plötzlich Nachts unter Schnappen nach Luft Exitus.

Obductionsbefund: Sehr kräftiger Körper; gut entwickeltes Fettpolster; kräftige Muskulatur. Chronische Tuberkulose (käsige Herde und Cavernen) der Lungen. Alte Adhäsiv-Pleuritis. Herz in allen Durchmessern vergrößert; auf dem rechten Ventrikel mehrere Sehnenflecke. Klappen gehörig. Papillarmuskeln atrophisch. Herzmuskulatur sehr weich und schlaff. Stauungsorgane.

6. Franz F., Kaufmann, 42 Jahre alt.

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus vom 19.—24. VI. 80. Seit $\frac{1}{2}$ Jahr Atembeschwerden; Husten, Herzklopfen, Druckgefühl auf der Brust, Appetitlosigkeit. Ungefähr gleichzeitig damit stellte sich zeitweise Anschwellung der Beine ein. Potatorium zugestanden.

Guter Ernährungsstand; Cyanose der Haut und der sichtbaren Schleimhäute. Respirationsfrequenz 20—24 in der Minute; mässige Dyspnoe. RHU abgeschwächtes Atmen. Puls klein und unregelmässig; sehr frequent (120—130 per Min.) Herzdämpfung reicht bis zum linken Sternalrand; Töne schwach, an der Spitze ein systolisches Geräusch. Herzaktion sehr beschleunigt. Leber- und Milzdämpfung vergrößert. Im Abdomen freie Flüssigkeit nachweisbar. Harn enthält Eiweiss; tägliche Menge durchschnittlich 600 ccm. Temperatur normal. Therapie: Infus. fol. Digital. c. Kal. acet.

Hydrops nimmt ab; Appetit bessert sich; desgl. die Pulsbeschaffenheit; dagegen tritt blutig-tingierter Auswurf ein (Infarct-Sputum). Harnmenge nimmt zu (tägl. 1300—1400 ccm). Herzaktion wird regelmässiger. Viel Durstgefühl.

Einige Tage später Brechreiz; geringe Harnmenge; starke Oedeme. Galopprrhythmus des Herzens. Expektion von dunkelrotem Blut. Schwindelgefühl; Appetitlosigkeit; stärker hervortretende Neigung zum Brechen. Harn sehr concentrirt, stark eiweisshaltig.

Hochgradige Atemnot. Puls fast unühlbar; beträchtliche Cyanose und Kühle der Extremitäten. Zuweilen dyspnoische Antälle. Sensorium benommen. Rückgang der Oedeme durch Drainagierung; doch rascher Collaps und Tod.

Leichenbefund: Hydrothorax, Hydropericard. Ascites. Thrombose der Pulmonalis. Alter Lungen-Infarct. Herz beträchtlich vergrößert; zerfallene Thromben im linken Ventrikel. Injektion der Magen- und Darmschleimhaut. Geschwürsnarbe in der Nähe des Pylorus. Stauungsleber, Stauungsnieren.

7. Joseph St., 49 Jahre alt, Farbenreiber.

Spitalaufenthalt 31. III — 8. IV 1880. Erkrankung vor 3 Wochen mit Atembeschwerden und Herzklopfen, beides besonders stark bei Anstrengungen hervortretend; Appetitverminderung und Druckgefühl auf der Brust. Anschwellung der Beine soll schon seit längerer Zeit bestehen. Starkes Potatorium.

Puls intermittierend, sehr weich. Temperatur 38.5. Starke Cyanose; keine Oedeme, kein Ascites. Ueber den Lungen zahlreiche Rasselgeräusche und rauhes Atmen. Herzdämpfung erheblich vergrössert; Spitzenstoss ausserhalb der Mammillarlinie; Herzaktion unregelmässig; Töne rein. Leber vergrössert, druckempfindlich. Harn eiweisshaltig. Therapie: Eis, Digitalis.

Pat. deliriert; starke Dyspnoe und Cyanose; Collaps und Exitus.

Leichenbefund: Hydrothorax, Hydropericardium. Stauungsorgane; Injection der Magen- und Darmschleimhaut. Hypertrophie des Herzens; Myodegeneration; Klappen gehörig. Leichte Granularatrophie der Nieren.

8. Ruppert W., 44 Jahre alt; Leichenträger.

Spitalaufenthalt 1 Tag (27. bis 28. III. 81). Früher vollkommene Gesundheit. Seit 4 Wochen Klage über Schweratmigkeit; Anschwellung der Beine und des Leibes; Appetitlosigkeit und Husten. Harnabsonderung soll in letzter Zeit sehr gering gewesen sein. Potatorium ziemlich hohen Grades zugegeben.

Kein Fieber; beträchtliche Cyanose, geringer Icterus. Puls klein, weich und frequent. Mässige Dyspnoe. Schlaflosigkeit. Auf den Lungen HU beiderseits gedämpfter Perkussionsschall und abgeschwächtes Atmen; überall trockene Rhonchi zu hören. Herzdämpfung vergrössert, besonders nach rechts; Töne leise, aber rein. Leber- und Milzdämpfung vergrössert; im Abdomen freie Flüssigkeit. Allgemeiner Hydrops. Therapie; Digitalis mit Kali aceticum; Campher; Vinum fortius.

Dyspnoe und Cyanose in raschem Zunehmen. Puls kaum fühlbar; Morphinum. Ganz plötzlich erfolgt Exitus.

Obductionsbefund: Hydrothorax; Hydropericardium. Herz in allen Durchmesser vergrössert, besonders in der Breite; Epicard getrübt; beide Ventrikel erweitert. Herzmuskel derb, etwas brüchig; Klappen intakt. Gewicht des Herzens 455 g (bei 168 cm Körperlänge). Braune Induration der Lungen; Bronchitis; Magen- und Darmkatarrh; Stauungsleber und -Nieren.

9. Paul W., 37 Jahre alt; Tischler.

Aufenthalt im Krankenhaus vom 13.—30. VI. 81. Patient war früher vollkommen gesund. Seit 14 Tagen Husten, Mattigkeit, Schweratmigkeit und Stechen in der linken Seite. Kurze Zeit darnach wurde Anschwellung des Leibes bemerkt; seit 10 Tagen auch Anschwellung der Hände und des Gesichts. Dabei will Pat. viel weniger Urin gelassen haben als früher. Appetit vermindert; Stuhl regelmässig. Pat gibt selbst an, starker Biertrinker zu sein.

Kräftiger Körperbau; gut entwickelte Muskulatur; blasse, fast cyanotische Hautfarbe. Gesicht und Hände gedunsen, Leib aufgetrieben; mässige Anasarca der Beine. Puls sehr klein und weich; frequent (108 p. Min.), unregelmässig. Respiration 20; Temperatur 37,2. Harn frei von Albumen; tägliche Durchschnittsmenge 200 ccm; spezif. Gewicht 1024. Lungenbefund ergibt H U beiderseits handhohe Dämpfung und abgeschwächtes Atmen. Das Herz reicht nach rechts bis zur Mitte des Sternum, nach links 1 cm über die Mammillarlinie hinaus. Spitzenstoss nicht zu fühlen. Herzaktion unregelmässig; Töne leise und dumpf. Lebergegend resistent und druckempfindlich; Leber bedeutend vergrössert. Milzgrenzen nicht zu bestimmen. Abdomen gespannt; freie Flüssigkeit in ihm nicht vorhanden.

Harnmenge steigt nach Gebrauch von Digitalis auf 450 ccm pro die. Trockener Husten mit spärlichem, wässerig-schleimigem Auswurf. Bedeutende Schlafstörung. Therapie: Neben Digitalis Expectorantia und Narcotica.

Hochgradige Dyspnoe; Respirationsfrequenz 24. Oedeme in Zunahme. Puls sehr klein und unregelmässig, 100 pro Minute. Temperatur 36,6. Leib ziemlich stark aufgetrieben; mässiger Grad von Ascites. Urin von saurerer Reaktion; schwach eiweisshaltig; sedimentiert. Herzdämpfung noch grösser geworden; reicht nach rechts bis zum rechten Sternalrand, nach links 3 cm über die Mammillarlinie hinaus. Hydrothorax beiderseits bedeutend. Herzaktion frequent; Töne leise aber rein; zweiter Pulmonalton accentuiert.

Schweratmigkeit wachsend; Respiration 20. Puls zuweilen aussetzend; 96 in der Minute. Fast unerträgliche Atemnot; Husten mit reichlichem wässerig-schleimigen und schaumigen Auswurf. Bedeutender Ascites. Harnmenge 380 ccm; spezif. Gewicht 1029. Morphin. subkutan. Wegen Zunahme der Oedeme an den Unterextremitäten Anlegung von Southey'schen

Canülen. Es erfolgt Entleerung von über 1 Liter seröser, hellgelblicher Flüssigkeit.

Hochgradigste Dyspnoe; quälender Husten mit reichlichem Auswurf. Puls minimal, 98 Schläge. Starke Cyanose der Extremitäten, besonders der Hände und Füße. Temperatur 35,5; Respiration 28. Harnmenge 250 ccm; spezif. Gewicht 1030. Im Coma erfolgt der Exitus.

Leichenbefund: Kräftig gebauter Körper; guter Ernährungsstand. Allgemeiner Hydrops. Haemohydrothorax; hämorrhagische Infarkte (durch Thrombose der Lungenarterien-äste hervorgebracht); starke Bronchitis in beiden Unterlappen. Anämie der Lungen. Induration der Milz; Stauungsleber; cyanotische Induration der Nieren; Magendarmkatarrh. Hämorrhagische, sero-fibrinöse Pericarditis mit massenhaftem Exsudat. Herz (besonders im Breitendurchmesser) stark vergrößert; Epicard diffus getrübt. Herzmuskel blass, aber derb. Beide Ventrikel dilatiert. Klappen sämtlich normal.

10. * Carl D., 30 Jahre alt; Braugehilfe.

Spitalaufenthalt 7. bis 8. April 85. Patient, früher stets gesund, klagt seit 3 Wochen über Erbrechen, besonders des Morgens, sowie Schweratmigkeit und Husten. Seit 2 Tagen auch Anschwellung der Beine. Pat. arbeitet seit mehreren Jahren in einer Brauerei, wo er bis jetzt täglich mindestens 8 Liter trank.

Muskulatur gut entwickelt; ziemlich starker Panniculus adiposus. Starker Tremor alcoholicus. Mässiges Oedem der Beine. Lungenbefund normal; nur vereinzelte trockene Rasselgeräusche zu hören. Herzdämpfung nach allen Richtungen vergrößert; Töne rein. Herzaktion regelmässig, ziemlich frequent (114 pro Min.). Leber- und Milzdämpfung vergrößert. Mässiger Grad von Ascites. Temperatur 37,6. Grosse Atemnot. Urinmenge spärlich; Harn enthält bedeutende Mengen von Eiweiss. Ordination: Digitalis mit Kali aceticum.

Starke Dyspnoe und Cyanose. Puls klein, beinahe un-
fühlbar. Trotz Campherinjektionen erfolgt im Coma bald
der Tod.

Leichenbefund: fehlt.

11. * Georg Sch., 42 Jahre alt; Tagelöhner.

Spitalaufenthalt vom 18. bis 25. Februar 1885. Pat. war früher angeblich nie erheblich krank; leidet seit 6 Wochen an Husten, Schweratmigkeit, Appetitmangel, Mattigkeit; in letzter Zeit auch öfter Erbrechen; seit 14 Tagen Anschwellung der Beine. Potatorium (5 Liter pro die) zugegeben.

Kräftiger Körperbau; gut entwickeltes Fettpolster, geringe Gelbfärbung der Haut. Anasarca der Beine. Atmung dyspnoisch; Respirationsfrequenz 36 per Min. Temperatur 37,3. Radialpuls kaum fühlbar, 118. Urinmenge 280; spez. Gewicht 1026; geringer Eiweissgehalt. Lungenbefund normal. Spitzenstoss im 5. Intercostalraum, schwach zu fühlen; 1 Querfinger ausserhalb der Mammillarlinie. Herz grösstenteils von Lunge überlagert; Töne dumpf, aber rein. Leib weich, etwas druckempfindlich. Kein Ascites; keine Milzschwellung. Ordination: Digitalis, Campher.

Oedem ist auch auf die Oberextremitäten übergegangen. Puls an der Radialis nicht mehr fühlbar; an der Carotis frequent (112), Herztöne schwach, aber rein. In beiden Pleurahöhlen Flüssigkeit; Lungenbefund ohne Veränderung; doch Atmen etwas abgeschwächt. Respiration 36; Temperatur 36,7. Sensorium etwas getrübt; Anurie.

Vollständige Alienatio mentis; starkes Stöhnen. Hochgradige Dyspnoe, Cyanose der Extremitäten. Puls unfühlbar; Exitus.

Leichenbefund: Starkes allgemeines Oedem. Idiopathische Hypertrophie und Dilatation des Herzens; mässiger Grad von Cor adiposum. Marantische Thromben des rechten Ventrikels. Ueber dem letzteren zahlreiche Sehnenflecke. Herzmuskel derb, braunrot; Gewicht des Herzens 590 g (bei einer Körperlänge von 177 cm). Klappen gehörig; Papillarmuskeln atrophisch. Embolie der Lungenarterie. Multiple Infarcte beider Lungen; braune Induration derselben; Lungenödem. Alte Adhäsiv-Pleuritis. Indurierte Muskatileber. Hypertrophische Cirrhose der Nieren. Injektion der Magen- und Darmschleimhaut. Anämie und Oedem des Gehirnes.

12. Joseph D., 39 Jahre alt; Metzger.

Aufenthalt im Krankenhaus vom 3.—4. Mai 85. Will bis vor 3 Wochen vollkommen gesund gewesen sein; seit dieser Zeit Stechen auf der Brust; Schweratmigkeit; Appetitlosigkeit; in letzter Zeit auch blutiger Auswurf. Potatorium (6—7 Liter p. die) zugestanden. Vor 18 Jahren Lues.

Icterische Färbung der Haut und der Schleimhäute. Extremitäten kühl; cyanotisches Aussehen. Temperatur 37,4. Respiration 34. Puls an der Radialis unfühlbar, an der Carotis klein und weich; 118 p. Min. Keine Oedeme. Ausser zahlreichen Rhonchis über den Lungen kein abnormer Befund; Grenzen gut verschieblich. Herzdämpfung reicht nach rechts bis über die Mitte des Sternum hinaus; Spitzenstoss nicht

fühlbar; Töne schwach, aber rein. Leberdämpfung vergrößert. In der regio inguinalis finden sich mehrere Narben. Kein Ascites. Sputum sanguinolent. Harn frei von Albumen. Ordination: Digitalis; Campher.

Cyanose und Dyspnoe in raschem Zunehmen. Collaps; Trachealrasseln; Tod.

Leichenbefund: Fettherz; Trübung des Epicards; Atrophie und Brüchigkeit des Muskels; Klappen gehörig; Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel. Acute fibrinöse, hämorrhagische Pericarditis; Infarcte des rechten Unterlappens; Bronchitis. Stauungsorgane; Icterus; leichte hypertrophische Cirrhose der Leber.

13. * Thomas B., 40 Jahre alt, Schuhmachergehilfe.

Aufenthaltsdauer im Spital vom 21. II. bis 2. III. 86. In früheren Jahren vollkommene Gesundheit. Ende Dezember vor. Jahres erkrankte er mit Husten und Schweratmigkeit; seitdem auch bedeutende Abnahme des Appetits. Patient arbeitete bis vor 10 Tagen; in letzter Zeit zunehmende Mattigkeit, Schlafstörung, Atembeschwerden, Husten. Anfallsweise auftretende Schmerzen in der Leber- und Magengegend. Anschwellung der Beine wurde erst seit wenigen Tagen bemerkt. Pat. ist starker Potator.

Gut genährter Körper; gelbliche Hautfarbe; Atmung sehr dyspnoisch; 28 p. M. Puls mittelvoll, regelmässig beschleunigt (100). Temperatur 36,5. Unterextremitäten ödematös. Beide Lungenspitzen gedämpft; beiderseits H U intensive Dämpfung. Herzdämpfung reicht nach rechts bis zum rechten Sternalrand. Spitzenstoss diffus zu fühlen, im 5. Intercostalraum; Töne dumpf, aber rein. Leber vergrößert, leicht palpabel; Milz ebenfalls vergrößert. Leib aufgetrieben; mässiger Ascites. Harn sauer, reich an Uraten; zeigt leichte Opaleszenz; Harnmenge durchschnittlich täglich 900 ccm, spez. Gew. 1015. Ordination: Infus. fol. Digital. (0,5) 150,0.

Albumingehalt des Harnes nimmt zu. Dyspnoe unverändert. Oedeme stärker. Erbrechen von hämorrhagisch tingierter Flüssigkeit. Klage über brennenden Schmerz in der Magengegend. Plötzlicher Collaps und Exitus.

Leichenbefund: Hypertrophie und Dilatation des Herzens. (Herz in allen Durchmessern vergrößert.) Ueber dem um das Doppelte erweiterten rechten Ventrikel Sehnenflecke; Klappen gehörig. Adhäsiv-Pleuritis. Braune Induration beider Lungen. Muskatleber, cyanotische Induration der Milz und Nieren. Terminaler, blutiger Erguss in das Lumen des Magens

und Darmes. Chronische Gastritis. Starke Injektion der Bronchialschleimhaut. Gallensteine. Circumscripte Adhäsiv-Peritonitis. Chronische Leptomeningitis. Oedem des Gehirns. Hydrocephalus externus und internus. Gewicht des Herzens 460 gr (bei 165 cm Länge und 78 kg Körpergewicht).

14. Georg D., 39 Jahre alt, Kommissionär.

In Behandlung vom 3. Juli bis 3. September 1886. Patient, der namentlich früher sehr viel Bier getrunken zu haben angiebt, leidet schon seit 3 Jahren an Herzklopfen, Kurzatmigkeit, Husten mit Auswurf. Vor 7 Wochen erkrankte er angeblich heftig, indem sowohl Herzklopfen als Schweratmigkeit bedeutende Zunahme erliefen. Pat. stand in ärztlicher Behandlung.

Muskulatur und Fettpolster gut entwickelt; Lippen schwach livid. Temperatur subnormal (36,4); Respiration sehr dyspnoisch (36 p. Min.) Puls klein und weich, sehr beschleunigt (135), aber regelmässig. Spitzenstoss nicht zu fühlen. Herzdämpfung sehr vergrössert, nach links 3 cm über die Mammillarlinie hinausreichend, nach rechts über den rechten Sternalrand. Herztöne rein. Am Halse starke Venenpulsation. Lungenschall normal; nur L H U eine 3 Finger breite Dämpfung. Auswurf stark hämorrhagisch. Leber und Milz vergrössert. Abdomen aufgetrieben. Ziemlich starkes Oedem der Unterextremitäten. Urin stark eiweisshaltig, sauer; tägliche Harnmenge ca. 1500 ccm; spez. Gew. 1006. Hämoglobingehalt des Blutes 88 % des Normalen. Zahl der roten Blutkörperchen 4441560; Verhältniss der weissen zu den roten: 1 : 389. Ordination: Infus. fol. Digital.

Puls wird irregulär. Hochgradige Dyspnoe; Schlaflosigkeit. Ascites. Harnmenge gegen früher stark vermindert, an manchen Tagen kaum 300 ccm. Starker Eiweissgehalt; mikroskopisch hyaline und granulierte Cylinder. Ordination: Coffein. natrosalicylic. Morphin.

Sputum bleibt hämorrhagisch; Temperatur 35,6; Respiration 24; Puls 120 in der Minute. Dampfbäder, Campher, alles ohne Erfolg. Coma; Exitus letalis.

Leichenbefund: Icterus der Haut. Myodegeneratio cordis; starke Hypertrophie und Dilatation desselben; Trübung des Epicards. Ueber dem rechten Herzohr zahlreiche Sehnenflecke; Muskulatur blassbraun, brüchig; Klappen normal; Gewicht des Herzens bei 75 kg Körpergewicht und 165 cm Länge 595 g. Hydropericardium; Hydrothorax. Ecchymosen der Pleura; Adhäsiv-Pleuritis. Hypostase beider Unterlappen.

Injektion der Bronchialschleimhaut; starke Injektion und Ecchymosierung der Magen-Darmschleimhaut. Stauungsleber und -Milz. Stauung und leichte Granularatrophie der Nieren.

15. Joseph Z., 24 Jahre alt; Schenkkelner.

In Behandlung vom 6. bis 15. Mai 1886. Abgesehen von einer Typhuserkrankung vor zehn Jahren will Pat. stets gesund gewesen sein. Seit 4 Wochen Anschwellung der Beine. Herzklopfen und Schweratmigkeit; ziemlich intensiver Husten. Potatorium zugestanden.

Kräftiger Körperbau; ausserordentlich starker Panniculus adiposus; Oedem der Beine. Lungenschall normal; überall Vesikuläratmen. Herzdämpfung vergrössert, reicht nach rechts bis zum R Sternalrand. Spitzenstoss undeutlich (in der Mammillarlinie) im 5. Intercostalraum zu fühlen. Herztöne rein, sehr frequent. Epigastrische Gegend stark vorgewölbt; starker Meteorismus. Harn frei von Albumen; Menge sehr vermindert, durchschnittlich 150 ccm pro die. Temperatur schwankt zwischen 37,4—39,3. Puls 136; Respiration 28. Ordination: Digitalis; Campher.

Temperatursteigerung andauernd. Oedem greift auf die Oberextremitäten über. Hochgradige Dyspnoe; starke Cyanose; Venenpulsation am Halse. Puls klein, gespannt, sehr frequent, aber regelmässig. In der Herzgegend diffuse Erschütterung der Thoraxwand sichtbar. Vergrösserung der Herzdämpfung nach rechts und links. Töne leise, unrein. R H O Bronchialatmen; R H U kürzerer Schall als links; auch abgeschwächtes Atmen; reichliche Rhonchi. Leib aufgetrieben; Leber vergrössert; Milzdämpfung nicht abzugrenzen. Harn eiweissfrei; enthält viel Urate; sehr spärlich. Ordinat. Cognac, Wein, Campher, Digitalis. Unter zunehmende Dyspnoe und Cyanose Tod.

Leichenbefund: Hypertrophie und Dilatation des ganzen Herzens. Cor adiposum. Ueber dem rechten Ventrikel grosse Sehnenflecke. Muskel selbst ist blassbräunlich; von brüchiger Consistenz. Klappen normal; Endocard vielfach getrübt. Herzgewicht 490 g (Körperlänge 163 cm; Gewicht 86 kg). Lungenödem. Hydrothorax; Hydropericardium; Ascites. Stauungsleber und -Nieren; sehr grosse Milz. Starke Injektion der Magen- und Darmschleimhaut. Schwellung der Peyerschen Plaques, der Solitärfollikel und der Mesenterialdrüsen.

16. Georg L., 29 Jahre alt, Privatier.

Spital-Aufenthalt vom 18. I. bis 8. II. 87. Patient will schon längere Zeit an Atemnot leiden. Seit 8 Tagen An-

schwellung der Füsse und Zunahme der Schweratmigkeit; zuweilen auch Husten mit Auswurf. Urinmenge soll immer mehr abgenommen haben. Bedeutende Appetitstörung; Obstipation. Pat. war namentlich früher starker Biertrinker; in letzter Zeit soll nach Biergenuss öfters Erbrechen eingetreten sein.

Ziemlich kräftiger, wohlgenährter Körper mit starkem Panniculus adiposus. Wangen und Lippen livid. Respiration etwas beschleunigt (24); Puls gespannt, frequent, ziemlich klein, leicht unregelmässig, 104 pro Min. Schwacher Venenpuls am Halse. Spärlicher, schleimig-eitriger Auswurf. Untere Lungengrenzen wenig verschieblich. Spitzenstoss in der Mammillarlinie; gross und hebend; im 6. Intercostalraum. 1. Ton an der Spitze unrein; 2. Pulmonalton verstärkt. Herzfigur bedeutend vergrössert. Leib aufgetrieben; in den abhängigen Partien Dämpfung, die bei Lagewechsel verschieblich ist. Leber palpabel; Milz nicht vergrössert. Allgemeines Oedem. Harn frei von Eiweiss; Menge zwischen 3—400 ccm schwankend; spez. Gew. 1025. Therapie: Anfangs Calomel; dann wegen Unwirksamkeit desselben Digitalis.

Pulsbeschleunigung (120—130). Harnmenge in Abnahme, dyspnoischer Zustand (28—30 p. M.). Herzdämpfung reicht bis zum rechten Sternalrand; nach links gut einen Querfinger über die Mammillarlinie. Campher! Dampfbäder!

Oligurie, schliesslich Anurie. Hochgradige Dyspnoe und Cyanose. Puls unregelmässig, äusserst frequent und klein. Delirien, Coma, Exitus.

Leichenbefund: Idiopathische Hypertrophie und Dilatation des Herzens. Hydropericardium. Epicard zeigt Ecchymosen und Sehnenflecke. Reichliche Fetteinlagerung. Muskel glänzend braun; brüchig. Klappen gehörig mit Ausnahme der Pulmonalklappe, die leicht insuffizient ist. Herzgewicht 545 g. (Länge 162 cm; Körpergewicht 71 kg). Stauungshyperämie der Lungen, Leber, Nieren, der Magendarmschleimhaut. Ascites. Im Magen Geschwürsnarben.

17. Ludwig B., 33 Jahre alt, Spänglergehilfe.

Aufenthalt im Krankenhaus 8.—10. August 87. Patient hat vor 1 Jahr Typhus durchgemacht. Seit mehreren Monaten wird Anschwellung der Beine bemerkt. Seit 8 Tagen Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Schweratmigkeit. Wegen Zunahme der letzteren Eintritt ins Spital. Pat. ist Potator.

Körperbau und Muskulatur kräftig, Fettansatz gut. Lungenbefund normal. Herzdämpfung geht bis zum rechten Sternal-

rand. 1. Mitralton unrein. Puls schnellend, etwas unregelmässig. Leber bedeutend vergrössert. Ordination: Digitalis; Vesica glacialis.

Keine Besserung; grosse Unruhe, Delirien. Starke Cyanose und Dyspnoe. Von eintretendem Collaps vermag sich Pat. nicht mehr zu erholen.

Leichenbefund: Verschiedene kleine, käsige Herde in den Lungen, sowie Stauungshyperämie und Oedem. Herz hypertrophisch und dilatiert. Gewicht 540 g (Länge 166 cm; Gewicht 71 kg). Einzelne Petechien auf dem Epicard. Klappen gehörig; Muskel blassgelb, etwas brüchig. Injektion der Magen- und Darmschleimhaut. Stauungsleber, -Milz, -Nieren.

18. Johann G., 39 Jahre alt; Dienstmann.

Spitalbehandlung vom 25. II. bis 23. III. 87. War früher stets gesund; bemerkt seit einigen Wochen allmähliges Anschwellen der Extremitäten und Spannung in denselben, sowie bedeutende Harnverminderung; er leidet bereits seit längerer Zeit an Schweratmigkeit und trockenem Husten. Potatorium wird zugestanden.

Kräftiger Körper, guter Ernährungsstand. Lippen livide. Atmung dyspnoisch, 30 p. Min. Venenpuls am Halse sehr deutlich. Radialpuls klein, beschleunigt, 120. Temperatur 37,3. Allgemeine Anasarca. Ueber beiden Lungen H U Dämpfung. Spitzenstoss verbreitert; nur schwach fühlbar.

Herzdämpfung nach rechts bis zum R Sternalrand, nach links 2 cm über die Mammillarlinie hinaus, nach oben bis zum oberen Rand der 3. Rippe. Leib aufgetrieben; Ascites nachweisbar. Leberdämpfung vergrössert. Milz nicht perkutierbar. Harn schwach sauer; ohne Eiweiss; Menge beträgt meist gegen 1000 ccm; spez. Gew. 1010. Ordination: Calomel; dann Digitalis.

Bedeutende Dyspnoe; Schlafstörung; Husten. Oligurie (170 ccm pro die); Urin eiweisshaltig. Temperatur subnormal, 35,3. Erbrechen. Ordination: Wein und Eispillen; Campher subcutan.

Unter zunehmender Dyspnoe und Cyanose tritt Collaps mit folgendem Exitus letalis ein.

Leichenbefund: Idiopathische Hypertrophie und Dilatation des Herzens. Hochgradige Fettdegeneration desselben. Klappen intakt. Herzgewicht 515 gr bei einer Körperlänge von 165 cm, einem Körpergewicht von 76 kg. Allgemeiner Hydrops. Stauungsorgane.

19. Heinrich R., 30 Jahre alt; Tagelöhner.

Aufenthalt im Spital 3.—12. Mai 87. War früher bereits mehrere Wochen in Behandlung wegen Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Schweratmigkeit. In letzter Zeit Verschlimmerung dieser Erscheinungen; ausserdem Gelbsucht und stechende Schmerzen in der Milzgegend. Seit angeblich 8 Tagen trat Anschwellung der Beine auf. Potatorium wird zwar negiert, doch durch Aussage der Verwandten sehr wahrscheinlich gemacht.

Pat. zeigt kräftigen Körperbau und guten Ernährungsstand. Es besteht leichter Icterus. Respiration beschleunigt (30 p. Min.) Puls klein, weich, frequent (108). Temperatur 37,0. Am Halse leichte Venenpulsation. Lungenbefund normal. Spitzenstoss schwach, im 5. Intercostalraum; noch über die Mammillarlinie hinaus zu fühlen. Herzdämpfung reicht nach rechts bis zur Mitte des Sternum. Systolisches Geräusch an der Spitze; Töne ziemlich schwach; leise. Leber vergrößert, hart anzufühlen. Leib weich, druckempfindlich; dumpfer Schall in den abhängigen Partien des Abdomens. Milz vergrößert. Harnmenge ziemlich gering, pro die 300—600 ccm; Reaktion sauer; geringer Eiweissgehalt. Ordination: Calomel, später Digitalis.

Hochgradige Dyspnoe (Respiration 34). Radialpuls kaum fühlbar (108). Temperatur 35,8. Beiderseitiger Hydrothorax. Mässige Anasarca der Beine. Harnmenge stark vermindert. Grosse Unruhe; benommenes Sensorium. Pulslosigkeit trotz Campherinjektionen. Bedeutende Empfindlichkeit des Abdomens; Collapszustand, der nicht mehr überwunden werden kann.

Obductionsbefund: Hypertrophie und Dilatation des ganzen Herzens. Beginnendes Hydropericardium. Ueber dem Epicard Sehnenflecke und Ecchymosen. Herzmuskel von blassbraunroter Farbe; Klappen gehörig. Herzgewicht 500 gr. Braune Induration der Lungen. Stauungskatarrh des Magens mit ausgedehntem Bluterguss in das Lumen desselben. Stauungshyperämie des ganzen Darmkanals. Stauung und leichte Cirrhose der Leber; cyanotische Induration der Nieren. Nierensteine; Anasarca; beginnender Ascites.

20. Jacob R., 42 Jahre alt; Hausknecht.

In Krankenhausbehandlung vom 1. bis 2. November 82. Pat., früher nie ernstlich krank, leidet seit mehreren Wochen an starken Atembeschwerden, Husten und Auswurf. Potatorium zugegeben. In letzter Zeit sehr geringe Urinmengen.

Starke Dyspnoe (Respiration 48); Status afebrilis (Tempe-

ratur 36,7); starke Cyanose. Ueber beiden Spitzen kurzer Schall, rechts kürzer als links. R. V. O. verlängertes Expirium. Puls sehr klein, leicht zu verdrängen. Starke Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts; Spitzenstoss schwach, ausserhalb der Mammillarlinie. 1. Mitraltön unrein; 2. Pulmonaltön accentuiert. Sensorium frei. Plötzlich wenige Stunden nach der Aufnahme Collaps und Exitus.

Leichenbefund: Guter Ernährungsstand. Hypertrophie und Dilatation des Herzens, besonders des rechten Ventrikels. Muskulatur hellbraun; brüchig. Alte Spitzencirrhose; mehrfache peribronchitische Herde. Glottis-Oedem. Stauungsorgane. Pneumonie des linken Ober- und Mittellappens.

21. Michael Z., 47 Jahre alt; Bäckergehilfe.

Behandlung vom 15. II.—12. III. 82. Früher mehrfach wegen Magenkatarrh im Spital. In letzter Zeit starke Abnahme des Appetits, Kreuzschmerzen; pelziges Gefühl in den Fusssohlen. Potatorium zugestanden.

Kräftiger Körper mit reichlichem Panniculus. Lippen livide verfärbt. Puls ziemlich voll, regelmässig (80): Respiration 20; Temperatur 37,4. Herzdämpfung vergrössert; Töne leise, aber rein. Abdomen aufgetrieben; freie Flüssigkeit nachweisbar. Harnmenge 600—700 ccm; spez. Gew. 1007; kein Albumen.

Klage über Schweratmigkeit. Respiration beschleunigt und erschwert; in der Min. 32. Auf den Lungen ausgebreitete Rhonchi zu hören. Temperatur 36,5. Puls kaum fühlbar, ziemlich frequent (92). Herz stark verbreitert; Harnmenge stetig abnehmend. Ordination: Quebracho, Vin. fort., Digital. Bei vollkommener Bewusstlosigkeit erfolgt Exitus.

Leichenbefund: Myodegeneratio cordis. Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel. Herzmuskel gelbbraun; brüchig. Klappen normal. Gewicht des Herzens 730 gr bei Körpergewicht von 92 kg; Körperlänge 166 cm. Endarteriitis der Aorta. Lungenödem mit chronischer Stauung. Stauungsorgane; Nieren fettig degeneriert. Erosionsgeschwüre des Magens. Beiderseits geringer Hydrothorax; Hydropericardium.

22. Constantin K., 50 Jahre alt; Musiker.

Beobachtet vom 15.—24. April 1882. Patient ist bereits seit 5 Jahren herzleidend und war desshalb schon mehrere Male in ärztlicher Behandlung. Seit mehreren Wochen wieder Schweratmigkeit, Husten; Anschwellung der Beine; Appetitsverminderung; Abnahme der Urinmenge. Potatorium!

Kräftiger Körperbau; guter Ernährungsstand; mässige Cyanose. Venenpulsation am Halse; epigastrische Pulsation. Atmung beschleunigt, 32 p. M.; Puls rhythmisch, ziemlich voll (90); Temperatur 37,1. Auf den Lungen beiderseits H U trockene Rhonchi; Lungengrenzen nicht verschieblich. Herzdämpfung überragt nach rechts den R Sternalrand, reicht auch nach links noch über die Mammillarlinie hinaus. 1. Ton an der Spitze unrein. Geringer Ascites; mässige Anasarca. Harn sauer; frei von Albumen; hohes spez. Gewicht; tägliche Menge schwankend zwischen 240 und 440.

Grosse Dyspnoe; Respirationsfrequenz bis zu 40 p. Min. Puls 87; kaum noch fühlbar. Temperatur 36,7. Hydrops in Zunahme; allgemeine Stauungserscheinungen. Tiefes Coma, Exitus letalis.

Leichenbefund: Hypertrophie und Dilatation des ganzen Herzens; besonders des rechten Ventrikels. Cor adiposum; starke Fettauflagerung; mehrere Sehnenflecke über beiden Ventrikeln. Muskulatur braunrot; etwas brüchig. Herzgewicht 625 g bei 90 kg Körpergewicht und 169 cm Länge. Braune Induration beider Lungen; Bronchitis. Hydrothorax; Hydropericardium; Ascites; Anasarca. Stauungsleber, -Milz, -Nieren.

23. Joseph H., 41 Jahre alt; Dienstmann.

Aufenthalt im Krankenhaus vom 8. I. bis 3. II. 83. Früher stets gesund. Seit 2 Monaten stellten sich Appetitlosigkeit, Diarrhoen, Erbrechen ein. Potatorium (über 8 Liter p. d.) zugestanden.

Status afebrilis. Puls etwas gespannt, frequent, sehr klein, p. Min. 108. L H U Dämpfung und verschärftes Atmen. Herzdämpfung gross; überschreitet die Mitte des Sternum; Töne rein, aber sehr leise.

Vorübergehende Temperatursteigerungen. Anasarca der Beine, welche allmählich zunimmt. Respiration dyspnoisch; behindert, p. Min. 48. Urin wird in sehr geringer Menge entleert; spezif. Gewicht 1027; zeigt Spuren von Eiweiss.

Dyspnoe und Cyanose im Zunehmen; Kälte der Extremitäten; Temperatur 35,8. Exitus letalis bei benommenem Sensorium.

Leichenbefund: Myodegeneratio cordis. Dilatation und mässige Hypertrophie besonders des rechten Ventrikels; Muskel braun, brüchig. Thromben im rechten Herzohr; relative Insuffizienz der Tricuspidalis. Herzgewicht 390 g. Pleuropneumonie im rechten Ober- und Mittellappen. Hydrothorax; Hydropericardium; Anasarca. Stauungsorgane; Icterus der Haut.

24. Johann K., 34 Jahre alt; ehemaliger Wirt.

Im Krankenhaus behandelt vom 25.—31. Januar 1883. Patient, in früheren Jahren starker Potator, klagt über Magenbeschwerden und Erbrechen. In letzter Zeit diarrhoischer Stuhl und Abmagerung infolge Appetitlosigkeit.

Kräftiger Körperbau. Geringe Abmagerung; normale Temperatur. Kühle der Extremitäten. Atmung beschleunigt, 34 p. Min. Puls frequent (100), sehr klein und weich. Herz von Lunge überlagert; Spitzentoss nicht zu fühlen. Herztöne dumpf, aber rein. Leib aufgetrieben, im Epigastrium druckempfindlich. Leber vergrößert, gut palpabel. Im Abdomen freie Flüssigkeit.

Nach einigen Tagen stellt sich heftiges Erbrechen und Singultus ein; es treten Bewusstseinsstörungen und Delirien verbunden mit Collapszuständen auf, denen der Kranke erliegt.

Leichenbefund: Myodegeneratio cordis; Hypertrophie und Dilatation beider, besonders des rechten Ventrikels; Muskulatur des Herzens blass; Klappen gehörig. Herzgewicht 430 g bei 61 kg Körpergewicht. Thrombus der Mitralis. Frische hämorrhagische Infarcte beider Unterlappen. Hypertrophische Fettleber; Milzinfarct; Gehirnödem; hämorrhagische tuberculöse Peritonitis; Ascites.

25. Georg A., 39 Jahre alt; Droschkenkutscher.

Spitalaufenthalt 15. III.—5. V. 83. Patient hatte vor 7 Jahren Gelbsucht. Seit mehreren Jahren besteht Schweratmigkeit und Herzklopfen; seit 1 Jahr öftere ärztliche Behandlung wegen Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Atembeschwerden. Seit 14 Tagen wieder bedeutende Appetitstörung, sowie Leibschmerzen und Husten mit Auswurf. Potatorium hohen Grades zugegeben.

Kräftiger Körper; ziemlich reichlicher Panniculus adiposus. Cyanose des Gesichts und der Lippen. Starke Dyspnoe (Respiration 30 p. M.). Puls klein, weich, beschleunigt (88), unregelmässig. Temperatur 37,5. Schwacher Venenpuls am Halse. Reichliches serös-schleimiges Sputum. Ueber beiden Lungen H U Dämpfung, die bei Lagewechsel verschieblich ist, hier abgeschwächtes Atmen, kaum fühlbarer Pectoralfremitus, sowie zahlreiche Rhonchi Herzdämpfung enorm vergrößert; Spitzentoss nicht palpabel; Herztöne sehr leise, aber rein. Leib aufgetrieben; gespannt; Ascites. Leber und Milz vergrößert; geringe Anasarca der Unterextremitäten. Harn von saurerer Reaktion; hochgestellt, schwach eiweisshaltig; Menge sehr

vermindert, im Durchschnitt täglich 300 ccm bei 1026 spez. Gewicht. Ordination: Digitalis.

Puls gespannt, irregulär 86—96. Respiration 34—36. Harnmenge steigt bis zu 2400 ccm; Eiweiss verschwindet, doch nur vorübergehend.

Ziemlich hochgradiger Hydrops der Unterextremitäten und der Genitalien. Starke Cyanose und Dyspnoe (Respiration 28). Puls sehr klein, unregelmässig, frequent (108). Hydrothorax reicht jetzt bis zur Mitte der Scapula; Hydropericardium. Herztöne rein. Urinmenge sinkt wieder bis auf 250 ccm pro die; leichte Eiweisstrübung. Ordination: Digitalis mit Kali aceticum. Campher.

Zunahme der Dyspnoe. (Respiration 44 p. M.). Puls minimal; unregelmässig (124). Unter hochgradiger Atemnot, Cyanose und Pulsschwäche erfolgt der Exitus letalis.

Leichenbefund; Fettige Degeneration des Herzmuskels; derselbe hellbraun brüchig. Epikard getrübt; Klappen gehörig. Chron. hämorrhag. fibrinöse Pericarditis Hydrothorax; Ascites; Anasarca. Atelectase der Lungen. Oedem und Anämie des Gehirns. Hochgradige Stauung in sämtlichen Baueingeweiden. Chronischer Magen-Darmkatarrh.

26. Mathias M., 28 Jahre alt; Schenkkellner.

Spitalbehandlung vom 16. bis 29. November 1883. Seit 14 Tagen hat Patient Klage über erhöhte Schweratmigkeit, die in mässigem Grade auch früher bestand. Schwellung der Beine, schlechter Appetit, Erbrechen, seit kurzem auch Husten mit Auswurf. Urinmenge gering. Potatorium zugestanden.

Kleiner, kräftiger Körper; starke Adipositas. Mässige Temperatursteigerung (38,5). Puls 100; mässig voll, regelmässig. Respiration dyspnoisch; in der Minute 42. Auf der rechten Lungenspitze kurzer Schall; daselbst spärliches Rasseln. Herzdämpfung vergrössert, besonders nach rechts; Töne rein. Leber hart, vergrössert, ebenso auch die Milz. Anasarca der Beine. Im Abdomen freie Flüssigkeit nachweisbar. Urin eiweissfrei; geringe Mengen. Ordination: Diuretica.

Puls klein und weich, 120 p. M. Anasarca geht zurück. Temperatur normal. Es tritt bewegliche Flüssigkeit in beiden Pleurahöhlen auf. Herzdämpfung hat an Grösse noch mehr zugenommen, reicht nach rechts 1 Querfinger über den rechten Sternalrand. Ascites in Seitenlage reicht bis zum Nabel. Starke Cyanose, zunehmende Dyspnoe. Exitus im Coma.

Leichenbefund: Pleuritis serofibrinosa haemorrhagica. Tuberculöse Knötchen in der Pleura; chronische Tuberculose

des rechten Oberlappens. Hypertrophie und Dilatation des Herzens (Gewicht 390 gr); Trübung des Endocards; Klappen normal. Muskel hellbraun, von derber Consistenz. Alte Adhäsiv-Pleuritis links; hämorrhagische Adhäsiv-Peritonitis. hypertrophische cirrhotische Fettleber; Granular-Atrophie beider Nieren; Milztumor.

27. Xaver R., 30 Jahre alt, Maurer.

In Krankenhausbehandlung vom 15.—16. VIII. 84. Arbeitsunfähigkeit seit 8 Tagen wegen Anschwellung der Beine. Seit gestern grosse Atemnot. Potatorium zugestanden.

Hochgradige Dyspnoe (Respiration 42); Puls kaum fühlbar (96). Extremitäten kühl. Mässiges Oedem beider Beine. Herzdämpfung stark nach Rechts vergrössert; Spitzenstoss in Mammillarlinie, 5. Intercostalraum. An der Spitze ein schwaches systolisches Geräusch. Abdomen weich, etwas aufgetrieben. Leber vergrössert, Milz normal. Ascites. Leichter Icterus. Harn zeigt Eiweissgehalt; Ordination: Excitantia.

Puls bald nicht mehr zu fühlen; Trachealrasseln. Starke Cyanose und Dyspnoe; schliesslich Tod.

Obduction ergiebt ausser Stauungsorganen Hypertrophie und Dilatation des ganzen Herzens.

28. *Benedikt S., 33 Jahre alt; Kutscher.

In Beobachtung vom 7.—15. XI. 84. Patient war früher stets gesund. Seit etwa 8 Tagen bemerkt er Auftreibung des Leibes; seit 3 Tagen Anschwellung der Beine und Genitalien, ferner seit längerer Zeit Husten, Appetitstörung, sowie Atemnot, besonders beim Treppensteigen. Potatorium (6 Liter p. d.) zugestanden.

Sehr kräftiger Körperbau. Cyanose des Gesichts und der Hände. Oedem der unteren Extremitäten und des Scrotum. Puls ziemlich klein, aber regelmässig, 116 p. Min. Lungenbefund negativ. Epigastrium vorgewölbt, zeigt Pulsation. Herzdämpfung reicht bis über die Mitte des Sternum; Spitzenstoss nicht zu fühlen. Töne undeutlich zu hören, dumpf. Leber und Milz vergrössert; im Abdomen freibewegliche Flüssigkeit. Urin schwach eiweisshaltig; Harnmenge schwankt sehr; im Mittel 300 ccm p. d. Auf Gebrauch von Digitalis gehen die Oedeme zurück.

Puls sehr frequent 116; ziemlich starke Cyanose. Erbrechen. Morphin! Eis! Es stellen sich bald leichte Delirien ein; Trachealrasseln, schliesslich Collaps und Exitus.

Leichenbefund: Hypertrophie und Dilatation des Herzens (Gewicht = 480 gr.) Verdickung d. Epicards über d. R.

Ventr. Beiderseitiger haemorrh. Hydrothorax, Stauungsleber, -Milz, -Nieren. Anasarca. Hydropercardium; Ascites.

29. Hermann K., 28 Jahre alt; Kaufmann.

Aufenthalt im Spital vom 26. VIII. bis 4. IX. 1884. Vor 5 Jahren wurde Typhus überstanden, sonst stets vollkommene Gesundheit. Vor 8 Wochen Anschwellung beider Füße; Zunahme ersterer, Herzklopfen, Atembeschwerden veranlassten Patient, in's Spital zu gehen. Potatorium (6 Liter pro die) zugestanden.

Kräftiger Körperbau; starker Panniculus. Cyanose des Gesichts und der Extremitäten. Mässiges Oedem beider Ober- und Unterschenkel. Atmung ruhig. Puls klein, frequent (108), regelmässig. Herzdämpfung geht über den rechten Sternalrand hinaus. Spitzenstoss im 5. Intercostalraum, in der Mammillarlinie, schwach fühlbar. L H U über beiden Lungen Dämpfung. Leber und Milz erheblich vergrössert; Ascites deutlich nachweisbar. Temperatur 36,8. Harn frei von Albumen; die Menge, sonst sehr gering, steigt nach Digitalis-Gebrauch auf 2000 ccm.

Cyanose und Dyspnoe in steter Zunahme. Puls wird unfühlbar. Tägliche Harnmenge sinkt auf 540 ccm herab. Extremitäten werden kühl. Im Collaps erfolgt der Exitus.

Leichenbefund: Myodegeneratio cordis. Epicardiale Sehnenflecke. Herzmuskel mattrötlich brüchig; das ganze Herz hypertrophisch und dilatiert; Gewicht 480 gr bei 71 kg Körpergewicht. Stauungsorgane.

30. Johann St., 29 Jahre alt; Tagelöhner.

Krankenhaus-Aufenthalt 17.—26. VI. 86. Vor 6 Jahren Typhus. Vorher und nachher vollkommen gesund. Seit 4 Wochen Atembeschwerden, die auch bei geringen Anstrengungen sich schon bemerklich machen, Herzklopfen, Anschwellung der Füße. Appetit schlecht; Schlaf verringert. Pat. ist starker Potator; täglicher Bierconsum nach eigener Angabe 12—15 Liter.

Reichlicher Panniculus adiposus. Cyanose erheblichen Grades, besonders des Gesichtes. Herzdämpfung reicht von der linken Mammillarlinie bis über den rechten Sternalrand, nach oben bis zur 3. Rippe. Spitzenstoss verbreitert, noch 2 cm ausserhalb der Mammillarlinie zu fühlen. Herzaktion erregt. Wenig deutliches systolisches Geräusch an der Herzspitze. Puls klein, weich, unregelmässig und frequent (120). Temperatur subnormal, 36,5. Respiration 24 p. M. Leber vergrössert; Resistenz vermehrt; Milz ebenfalls sehr gross.

Ascites nachweisbar. Leicht icterische Färbung der Sclerae. Urinmenge bedeutend herabgesetzt; schwacher Eiweissgehalt. Ordination: Digitalis; Vinum!

Puls bleibt unregelmässig; Icterus und Oedeme nehmen zu; Urinmenge noch immer sehr gering. Es entwickelt sich Hydrothorax. Trotz Anwendung starker Reizmittel rasch auftretender Collaps und Tod.

Leichenbefund: Hydrothorax: Hydropericardium. Hypertrophie und Dilatation des ganzen Herzens. Ecchymosen auf dem Perikard. Muskel blass, brüchige Consistenz. Klappen gehörig. Injektion und Ecchymosierung der Magendarmschleimhaut. Stauungsleber, -Milz, -Nieren (cyanotische Induration).

31. *Johann B., 29 Jahre alt, Schenkkellner.

Beobachtet vom 12.—14. XI. 85. Patient war früher stets gesund. Seit einiger Zeit (3—4 Wochen) bemerkt er besonders während der Arbeit Schweratmigkeit und Herzklopfen, auch fühlt er sich dabei viel mehr als früher abgespannt und ermüdet. Patient ist eingestandenermassen bedeutender Potator.

Kräftig gebauter, gut genährter Körper. Mässige Cyanose. Rechte Lungenspitze gedämpft. Bronchiales Exspirium und klingende Rasselgeräusche, die auch R H U zu hören sind, wo eine 4 Querfinger breite Dämpfung besteht. Das Herz reicht bis zur Mitte des Sternum; Spitzenstoss breit, hebend, in der Mammillarlinie des 5. Intercostalraumes. Herztöne leise; erster Ton an der Spitze unrein. Abdomen aufgetrieben; mässiger Ascites. Keine Oedeme. Ordination: Digitalis.

Puls wird fast unühlbar; grosse Frequenz desselben (bis zu 140); Respiration stark dyspnoisch; Temperatur subnormal. Plötzlicher Collaps und Exitus.

Leichenbefund: Hypertrophie und Dilatation des Herzens, besonders des rechten Ventrikels. Relative Insufficienz der Tricuspidalis; kleine Blutungen im Pericard. Muskel ziemlich brüchig, von gelblichbrauner Farbe. Lungenoedem. Rechts Adhäsiv-Pleuritis. Fettige Muskatnussleber; Stauungsniere; chronischer Magen-, Dünn- und Dickdarmkatarrh; Ascites. Herzgewicht 415 g (bei 67 kg Körpergewicht).

32. Rupert H., 42 Jahre alt, Tagelöhner.

In klinischer Behandlung vom 22. VIII, bis 4. X. 1888. Seit 10 Tagen fühlt Patient Stechen auf der Brust; Husten mit geringem Auswurf; Atembeschwerden, Appetitlosigkeit. Angeblich früher Gelenkrheumatismus. Potatorium!

Sehr kräftiger, athletisch gebauter Mann von gutem Ernährungsstande. Starke Cyanose des Gesichtes; Puls sehr gespannt, hart, frequent (108 p. Min.). Respiration 24; dyspnoisch. Oedeme bedeutend, am Halse Venenpulsation. Ueber den Lungen H U, besonders rechts, starke Dämpfung; hier zahlreiche Rasselgeräusche. Spitzenstoss 2 Finger ausserhalb der Mammillarlinie im 7. Intercostalraum. Epigastrische Pulsation. Herzdämpfung reicht nach R 1 Querfinger über den rechten Sternalrand. An der Herzspitze lautes systolisches Blasen. Uebrige Töne rein. In den seitlichen Partien des Abdomens gedämpfter Schall. Leber und Milz vergrössert. Ordination: Eisblase, Campher; später Digitalis.

Harn eiweisshaltig; Menge sehr gering, pro die kaum 300 ccm. Puls 104; Respiration 26 p. M., stark dyspnoisch. Ascites bedeutend.

Dyspnoe noch mehr in Zunahme; Respiration 32 p. Min. Anasarca des ganzen Körpers. Leichter Icterus; starke Cyanose. Auswurf reichlich, sanguinolent. Puls sehr klein und weich (116), doch regelmässig. Aus der rechten Pleurahöhle werden 550 ccm hämorrhagischer Flüssigkeit aspiriert. Hierauf Atemnot vorübergehend geringer.

Sonnolenz; bedrohlicher Lufthunger (Respiration 40) Puls regelmässig; kaum noch fühlbar. Harnmenge täglich etwa 380 ccm; spez. Gewicht 1026; Harn eiweisshaltig; mikroskopische Untersuchung ergibt Epithelcylinder, rote Blutkörperchen, viele Urate. In tief comatösem Zustande erfolgt der Tod.

Leichenbefund: Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel; Epicard stark getrübt; Muskulatur brüchig; Klappen normal bis auf Mitralis, welche Verdickungen zeigt. Herzgewicht 635 gr (bei 79 kg Körpergewicht und 165 cm Länge). Hämorrhagische Infarcte beider Lungen; cirrhotische Stauungsleber; leichte Granularatrophie beider Nieren. Braune Induration der Lungen; Embolie und Thrombose zahlreicher Lungenarterien.

33. Joseph M., 34 Jahre alt; Fuhrwerksbesitzer.

In Spitalbehandlung vom 4 — 8. VIII 1888. Früher stets gute Gesundheit; vor 3 Wochen zum erstenmale Blutbrechen. Seitdem grosse Mattigkeit und Stechen auf der linken Brustseite, besonders bei tieferem Atmen. Patient ist Potator.

Kräftiger Körper; mittlerer Ernährungsstand. Linke Lungenspitze leicht gedämpft. Subnormale Temperatur (36,2). Puls 96, klein. Respiration 24 p. M., bedeutende Dyspnoe.

Ascites nachweisbar. Leicht icterische Färbung der Sclerae. Urinmenge bedeutend herabgesetzt; schwacher Eiweissgehalt. Ordination: Digitalis; Vinum!

Puls bleibt unregelmässig; Icterus und Oedeme nehmen zu; Urinmenge noch immer sehr gering. Es entwickelt sich Hydrothorax. Trotz Anwendung starker Reizmittel rasch auftretender Collaps und Tod.

Leichenbefund: Hydrothorax: Hydropericardium. Hypertrophie und Dilatation des ganzen Herzens. Ecchymosen auf dem Perikard. Muskel blass, brüchige Consistenz. Klappen gehörig. Injektion und Ecchymosierung der Magendarmschleimhaut. Stauungsleber, -Milz, -Nieren (cyanotische Induration).

31. *Johann B., 29 Jahre alt, Schenkkellner.

Beobachtet vom 12.—14. XI. 85. Patient war früher stets gesund. Seit einiger Zeit (3—4 Wochen) bemerkt er besonders während der Arbeit Schweratmigkeit und Herzklopfen, auch fühlt er sich dabei viel mehr als früher abgespannt und ermüdet. Patient ist eingestandenermassen bedeutender Potator.

Kräftig gebauter, gut genährter Körper. Mässige Cyanose. Rechte Lungenspitze gedämpft. Bronchiales Exspirium und klingende Rasselgeräusche, die auch R H U zu hören sind, wo eine 4 Querfinger breite Dämpfung besteht. Das Herz reicht bis zur Mitte des Sternum; Spitzenstoss breit, hebend, in der Mammillarlinie des 5. Intercostalraumes. Herztöne leise; erster Ton an der Spitze unrein. Abdomen aufgetrieben; mässiger Ascites. Keine Oedeme. Ordination: Digitalis.

Puls wird fast unfühlbar; grosse Frequenz desselben (bis zu 140); Respiration stark dyspnoisch; Temperatur subnormal. Plötzlicher Collaps und Exitus.

Leichenbefund: Hypertrophie und Dilatation des Herzens, besonders des rechten Ventrikels. Relative Insufficienz der Tricuspidalis; kleine Blutungen im Pericard. Muskel ziemlich brüchig, von gelblichbrauner Farbe. Lungenoedem. Rechts Adhäsiv-Pleuritis. Fettige Muskatnussleber; Stauungsnieren; chronischer Magen-, Dünn- und Dickdarmkatarrh; Ascites. Herzgewicht 415 g (bei 67 kg Körpergewicht).

32. Rupert H., 42 Jahre alt, Tagelöhner.

In klinischer Behandlung vom 22. VIII, bis 4. X. 1888. Seit 10 Tagen fühlt Patient Stechen auf der Brust; Husten mit geringem Auswurf; Atembeschwerden, Appetitlosigkeit. Angeblich früher Gelenkrheumatismus. Potatorium!

Sehr kräftiger, athletisch gebauter Mann von gutem Ernährungsstande. Starke Cyanose des Gesichtes; Puls sehr gespannt, hart, frequent (108 p. Min.). Respiration 24; dyspnoisch. Oedeme bedeutend, am Halse Venenpulsation. Ueber den Lungen H U, besonders rechts, starke Dämpfung; hier zahlreiche Rasselgeräusche. Spitzenstoss 2 Finger ausserhalb der Mammillarlinie im 7. Intercostalraum. Epigastrische Pulsation. Herzdämpfung reicht nach R 1 Querfinger über den rechten Sternalrand. An der Herzspitze lautes systolisches Blasen. Uebrige Töne rein. In den seitlichen Partien des Abdomens gedämpfter Schall. Leber und Milz vergrössert. Ordination: Eisblase, Campher; später Digitalis.

Harn eiweisshaltig; Menge sehr gering, pro die kaum 300 ccm. Puls 104; Respiration 26 p. M., stark dyspnoisch. Ascites bedeutend.

Dyspnoe noch mehr in Zunahme; Respiration 32 p. Min. Anasarca des ganzen Körpers. Leichter Icterus; starke Cyanose. Auswurf reichlich, sanguinolent. Puls sehr klein und weich (116), doch regelmässig. Aus der rechten Pleurahöhle werden 550 ccm hämorrhagischer Flüssigkeit aspiriert. Hierauf Atemnot vorübergehend geringer.

Sonnolenz; bedrohlicher Lufthunger (Respiration 40) Puls regelmässig; kaum noch fühlbar. Harnmenge täglich etwa 380 ccm; spez. {Gewicht 1026; Harn eiweisshaltig; mikroskopische Untersuchung ergibt Epithelcylinder, rote Blutkörperchen, viele Urate. In tief comatösem Zustande erfolgt der Tod.

Leichenbefund: Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel; Epicard stark getrübt; Muskulatur brüchig; Klappen normal bis auf Mitralis, welche Verdickungen zeigt. Herzgewicht 635 gr (bei 79 kg Körpergewicht und 165 cm Länge). Hämorrhagische Infarcte beider Lungen; cirrhotische Stauungsleber; leichte Granularatrophie beider Nieren. Braune Induration der Lungen; Embolie und Thrombose zahlreicher Lungenarterien.

33. Joseph M., 34 Jahre alt; Fuhrwerksbesitzer.

In Spitalbehandlung vom 4 — 8. VIII 1888. Früher stets gute Gesundheit; vor 3 Wochen zum erstenmale Blutbrechen. Seitdem grosse Mattigkeit und Stechen auf der linken Brustseite, besonders bei tieferem Atmen. Patient ist Potator.

Kräftiger Körper; mittlerer Ernährungsstand. Linke Lungenspitze leicht gedämpft. Subnormale Temperatur (36,2). Puls 96, klein. Respiration 24 p. M., bedeutende Dyspnoe.

Starke Cyanose des ganzen Körpers. Vergrösserung des Herzens, besonders nach rechts; Spitzenstoss nicht zu fühlen; Töne rein. Durchschnittliche Urinmenge 650 ccm, spezifisches Gewicht 1010; enthält kein Eiweiss. Oedem der Beine; schwacher Ascites.

Plötzlich treten Collapszustände auf, denen Patient trotz Campherinjektionen nicht mehr widerstehen kann.

Leichenbefund: Hydropericardium; Hydrothorax. Alte Adhäsiv-Pleuritis. Starke Injektion der Bronchialschleimhaut. Herz stark vergrössert; über dem rechten Ventrikel Sehnenflecke. Muskulatur hypertrophisch, etwas brüchig; Klappen gehörig; Herzhöhlen dilatiert; Gewicht 490 g (bei 66 kg Körpergewicht). Stauung und leichte Cirrhose der Leber; Stauungs- und Narben-Nieren. Starke Injektion der Magenschleimhaut.

34. Georg Th., 34 Jahre, Dienstmann.

In Beobachtung vom 12.—13. V. 88. Patient ist angeblich schon längere Zeit herzleidend. Vor 3 Tagen plötzliche Erkrankung. Bedeutendes Potatorium.

Hochgradige Cyanose des Gesichts; starke Dyspnoe. Herzdämpfung kolossal vergrössert, reicht 2 cm über den rechten Sternalrand hinaus; Herzaktion stürmisch, der Puls flatternd; Anasarca; ziemlich bedeutender Ascites.

Campherinjektionen können nur vorübergehende Besserung der Herzaktion erzielen; es folgt bald Collaps und Exitus letalis.

Leichenbefund: Ziemlich kräftiger, wohlgenährter Körper. Starke Anasarca; Hydrothorax; Hydropericardium. Oedem und braune Induration der Lungen. Herz mächtig vergrössert; besonders der rechte Ventrikel stark dilatiert. Muskulatur derb; rotbraun; mässige Fettauflagerung. Klappen sämtlich schlussfähig. Chronischer Magencatarrh; Stauungsorgane. Herzgewicht 640 g bei einem Körpergewicht von 72 kg.

35. Ludwig L., 46 Jahre alt, Tagelöhner.

Krankenhaus Aufenthalt vom 21. II. bis 7. III. 88. Bis zum vorigen Jahre völlige Gesundheit; damals 8 Wochen lang in Behandlung wegen eines Gelenkrheumatismus. Seitdem Herzklopfen und Atembeschwerden, die sich seit 4 Wochen bedeutend steigerten. Auch stellte sich Druck und Völle im Unterleib ein; Stuhl angehalten; grosse Mattigkeit. Potatorium zugestanden.

Kräftig gebauter, muskulöser Mann. Hochgradige Cyanose und leicht icterischer Anflug der Haut; starke Dyspnoe.

Ueber den Lungen normaler Perkussionsschall. Herzdämpfung reicht nach oben bis zum oberen Rand der 3. Rippe, geht nach links über die Mammillarlinie hinaus, nach rechts 1 Finger über den rechten Sternalrand. Töne äusserst leise, aber rein; 2. Pulmonalton verstärkt. Abdomen aufgetrieben; Leber- und Milzvergrösserung nicht nachweisbar. Radialpuls äusserst klein und weich, leicht unterdrückbar, beschleunigt. Harn frei von Albumen; tägliche Mengen 1000 bis 1100 ccm. Temperatur 37,0—39,1. Ordination: Strophanthus.

Keine Besserung. Nach Gebrauch von Digitalis und Senega grosse Erleichterung des Atmens. Puls klein, sehr beschleunigt (118), zuweilen aussetzend. Harnmenge sinkt auf 400 ccm herab. Temperatur wird andauernd normal, doch tritt plötzlich unter heftigen Erstickungsanfällen Exitus letalis ein.

Leichenbefund: Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel; Epicard an einzelnen Stellen sehnig degeneriert; Muskulatur des Herzens hellbraun, stark brüchig. Stauungsorgane; Fettleber; Granularatrophie der Nieren. Herzgewicht 505 g.

36. Johann Baptist K., 45 Jahre alt, Ausgeher.

Klinische Beobachtung vom 9. bis 26. X. 83. Früher stets gesund. Seit 14 Tagen Husten, Heiserkeit; Stechen auf der Brust, besonders links, Atembeschwerden, Appetitlosigkeit, allgemeine Schwäche. Mässiges Potatorium.

Kräftiger Körper, gute Ernährung. Lungenbefund ergibt RHO verschärftes Atmen und gedämpften Perkussionsschall. Herzdämpfung vergrössert; Spitzenstoss sehr schwach und undeutlich; an der Spitze ein systolisches Geräusch. Epigastrische Pulsation. Harn eiweissfrei; Menge verringert. Temperatur 38,2; Puls 82, kaum fühlbar; Respiration stark dyspnoisch, 36 p Min. Es besteht mässige Cyanose

Nach einigen Tagen stellt sich heftiges Erbrechen ein. Puls- und Respirationsfrequenz steigen fortwährend; Atmung dabei hochgradig dyspnoisch. Cyanose im Zunehmen. In den Pleurahöhlen hinten unten beiderseits freie Flüssigkeit. Temperatur andauernd subnormal. Rascher Verfall und Tod.

Leichenbefund: Hypertrophie und Dilatation des Herzens; hochgradige Fettdegeneration des Muskels; alte Adhäsiv-Pericarditis; serofibrinöse Pleuritis rechts; Hydrothorax. Atrophische Stauungsleber; Granular-Nieren; Stauung im Magen und Darmkanal.

37. *Joseph G., 26 Jahre alt, Maurer.

Aufenthalt im Spital vom 24.—27. VII 84 Seit Monaten

Klage über Atemnot bei Anstrengungen und beim Treppensteigen. Seit 3 Tagen stechender Seitenschmerz. Appetitlosigkeit, Erbrechen. In der letzten Zeit starke Verminderung der Harnausscheidung. Grosse Mattigkeit. Patient giebt eine vor Jahren acquirierte Lues zu; ist starker Potator.

Hochgradige Cyanose und Dyspnoe. Lungenbefund normal. Herzfigur besonders nach rechts verbreitert; Spitzenstoss im 5. Intercostalraum, 2 Finger nach aussen von der Mammillarlinie. Starke Pulsation der Venen am Halse. Temperatur 38,3, Puls 120, sehr klein, Respiration 36. Rascher Collaps und Tod.

Leichenbefund: Idiopathische Hypertrophie und Dilatation des ganzen Herzens; Petechien und Sehnienflecke über dem Herzmuskel; dieser blassbraun, ziemlich derb. Endocard diffus getrübt; Klappen schlussfähig. Herzgewicht 420 g. Hydrothorax; Hydropericard. Stauungsleber, -Milz und -Nieren. Hämorrhagischer Erguss in den Magendarmkanal. Chronische Pachymeningitis haem. int. Schädel-Syphilis; Gaumendefekt.

38. Georg W., 48 Jahre alt, Wirtschaftspächter.

In Beobachtung vom 12. XII. bis 3. I. 82. Seit 8 Tagen Schweratmigkeit, Druckgefühl auf der Brust, Müdigkeit in den Gliedern; bedeutende Abnahme der Harnmenge. In früheren Jahren immer gesund. Potatorium zugestanden.

Kräftiger, gut genährter Mann; Muskulatur und Fettpolster stark entwickelt. Mässige Dyspnoe, geringgradige Cyanose. Puls äusserst klein, regelmässig, ziemlich frequent. Temperatur 37,4. Lungenperkussion ergiebt R H U verschiebliche Dämpfung, in deren Bezirk zeitweise trockene Rhonchi zu hören sind. Herz nach rechts und links verbreitert, Töne sehr schwach, aber rein. Kein Spitzenstoss. Harn spärlich, eiweisshaltig; tägliche Menge ungefähr 200 ccm vom spez. Gew. 1025. Leber und Milz nicht vergrössert. Mässige Anasarca; mässiger Ascites. Ordination: Digitalis; Wein.

Beträchtliche Cyanose und Dyspnoe. Respiration ungemäin frequent (54 p. M.); Temperatur 36,7; Puls kaum noch fühlbar, 108. Harnmenge andauernd gering, 200 bis höchstens 400 ccm pro die. Rascher Verfall und Tod.

Leichenbefund: Grosser Leibesumfang; starkes Fettpolster, Ascites. Anasarca der Extremitäten. Hydrothorax rechts; Ecchymosen der Pleura. Braune Induration der Lungen; Bronchialschleimhaut stark injiciert. Hypertrophie des Herzens, besonders des linken Ventrikels; Herz verwachsen mit dem

Herzbeutel. Muskel derb; Papillarmuskel sehnig degeneriert. Stauungsorgane. Injektion der Magen- und Darmschleimhaut.

39. Egid B., 27 Jahre alt, Bäcker.

In ärztlicher Beobachtung vom 26. XII. 78 bis 11. II. 79. Patient hat seit 14 Tagen Erbrechen und saures Aufstossen, auch besteht seit dieser Zeit Appetitstörung und erschwerte Atmung. Potatorium zugestanden. Vor einigen Jahren Erkrankung an Gelbsucht, sonst stets gesund.

Kräftiger Körperbau. Temperatur normal; Respiration frequent, dyspnoisch, 34 in der Min. Puls ziemlich voll, doch unregelmässig. Gesicht gedunsen; mässige Cyanose und Anasarca. In beiden Pleurahöhlen bewegliche Flüssigkeit; an einzelnen Stellen zähe Rhonchi zu hören. Sputum schleimig, spärlich, mit Blutstreifen gemengt. Herz verbreitert, reicht nach rechts bis zum rechten Sternalrand, nach oben bis zur 3. Rippe, nach links über die Mammillarlinie hinaus, Spitzenschlag im 5. Intercostalraum, sehr schwach fühlbar; 1. Ton an der Spitze unrein, 2. Töne der Aorta und Pulmonalis accentuiert. Epigastrium druckempfindlich. Abdomen stark ausgedehnt, enthält viel freie Flüssigkeit. Milz und Leber vergrössert. Harn ist spärlich, zeigt reichliche Urate, keine Gallenfarbstoffe, wenig Eiweiss.

Hochgradige Schlafstörung; Erbrechen galliger Flüssigkeit. Temperatur normal, 37,2; Respiration dyspnoisch (24); Puls sehr frequent (118), klein. Ordination: Eis, Digitalis.

Erfolg zunächst gut: Herzgrenzen rücken nach einwärts; der Erguss im Thorax schwindet, Ascites wird geringer; tägliche Urinmenge stets etwa 500 ccm, spez. Gew. 1017; mässiger Eiweissgehalt. Kein Oedem der Beine. Afebrile Temperatur. Besserung nicht von Dauer. Bald stellt sich blutig schleimiger Auswurf ein; der Puls wird nahezu un- fühlbar; Herzdämpfung nimmt wieder zu; auch wird eine Verdichtung des rechten Oberlappens nachweisbar. Trotz Eisblase, Digitalis und Excitantien tritt rasch Collaps und Exitus ein.

Leichenbefund: Myodegeneratio et Hypertrophia cordis. Herz stark vergrössert; ziemlich bedeutende Fettschicht am Pericard; Klappen intakt. Hämorrhagische Infarcte der Lungen. Stauungsorgane. Starke Injektion der Schleimhaut der Bronchien und des Magendarmkanals.

40. Johann K., 33 Jahre alt, Kellner.

Beobachtet vom 11. XII. 1878 bis 18. II. 1879. Schon seit mehreren Monaten bemerkt Patient grosse Mattigkeit und

Schweratmigkeit. Seit 14 Tagen beträchtliche Zunahme der Atemnot; Husten mit zähem, schleimigem Auswurf; Schlaflosigkeit. Auch soll die Harnmenge sehr bedeutend abgenommen haben. Patient will früher stets gesund gewesen sein, gesteht Potatorium zu.

Grosse Adipositas; beträchtliche Cyanose. Puls sehr frequent, klein und weich. Am Halse Venenschwellung. Abdomen in den abhängigen Partien gedämpft (freibewegliche Flüssigkeit). Auf den Lungen R H U Dämpfung. Herz nach rechts und links stark verbreitert; Spitzenstoss nicht zu fühlen. Töne leise, aber rein; 2. Pulmonalton accentuiert. Milz etwas vergrössert. Sputum schleimig-eitrig, von Blutstreifen durchsetzt. Harn spärlich; spezif. Gewicht 1021; geringe Eiweiss-Menge. Temperatur 36,0; Puls 92; Respiration 48; dyspnoisch. Ordination: Reizmittel; Digitalis.

Cyanose und Dyspnoe zunehmend. Puls 140; Respiration 48. Harnmenge 350 ccm. Starke Anasarca der Beine. Campher!

Punktion der ödematösen Beine. Cyanose schwindet; Herzfigur verkleinert sich. Harnmenge 1000 ccm. Puls regelmässig, 128. Respiration 26. Gutes Allgemeinbefinden.

Plötzliche Temperatursteigerung (auf 40°); Diarrhoen; Meteorismus; blutige Stühle. Delirien. Puls äusserst klein, 142 p. M. Respiration 36. Starke Cyanose. Verfall. Im Coma erfolgt Exitus letalis.

Leichenbefund: Sehr fettreicher Körper. Hämorrhagischer Infarct im rechten Unterlappen. Dicke Fettschicht über dem allseitig vergrösserten Herzen. Klappen normal. Herzmuskel brüchig, gelbrot. Typhöse Darmgeschwüre. Milzvergrösserung; Fettleber; Narben-Nieren.

41. Heinrich B., 36 Jahre alt, Kellner.

Klinik-Aufenthalt vom 25.—31. V. 1879. Vor 5 Wochen Anschwellung der Beine mit Gefühl von bedeutender Schwere in denselben und allgemeine Mattigkeit. Seitdem auch Kurzatmigkeit, die in geringem Grade schon früher bestanden hatte, und Herzklopfen. In früheren Jahren Gelbsucht und Typhus. Patient ist Potator.

Gut genährter Körper mit beträchtlichen Fettmassen. Cyanotisches Aussehen. Allgemeiner Hydrops. Lungen: Vom Angulus scapulae nach abwärts beiderseits Dämpfung. Herzfigur reicht von der linken Mammillarlinie bis über den rechten Sternalrand. Spitzenstoss nicht zu fühlen; 1. Ton an der Mitralis von einem Geräusch begleitet; übrige Töne rein.

Leber- und Milzdämpfung nicht zu bestimmen. Starker Ascites. Am Halse auffallend deutliche Venenpulsation. Temperatur 36,0; Puls 96; Respiration 40 p. Min. Harnmenge täglich etwa 280 ccm. spez. Gew. 1026; kein Eiweiss! Hämorrhagisch tingiertes Sputum. Ordination: Digitalis.

Herzdämpfung nimmt noch zu. Starke Cyanose und Dyspnoe. Puls minimal, irregulär. Es tritt Collaps ein, von dem Pat. sich nicht wieder erholt.

Leichenbefund: Excentrische Dilatation und Hypertrophie beider Ventrikel des Herzens; Klappen intakt; Epicard wenig getrübt. Stauung in allen Organen; allgemeiner Hydrops; Oedem und braunrote Induration beider Lungen. Narben-Nieren; Hydrothorax; Ascites; Anasarca.

42. Joseph Sp., 46 Jahre alt, Schmied.

Aufenthalt im Krankenhaus vom 19. VI. bis 6. VII. 1879. In früheren Jahren Cholera und Lungenentzündung; sonst stets gesund. Seit Oktober vor. Jahres Druck auf der Brust und Spannungsgefühl; dabei Husten, Appetitlosigkeit, Mattigkeit. In den letzten Tagen auch Atembeschwerden und Anschwellung der Beine. Pat. ist notorischer Potator.

Kräftiger Körper. Dyspnoisches Atmen, 40 p. Min. Mässige Anasarca. Cyanose. Puls ziemlich voll, 92; Temperatur 37,4. Spärliche, schaumige Sputa. Herzdämpfung überschreitet um 2 Finger den rechten Sternalrand. Spitzenstoss in der Mammillarlinie, im 6. Intercostalraum. Töne dumpf, unrein. Herzaktion unregelmässig. Leib etwas aufgetrieben; Leber vergrössert, Milz dagegen nicht. Harnmenge beträgt 270 ccm pro die; Albumen. Ordination: Infus. fol. Digital. c. Kal. acetic.

Hochgradige Dyspnoe; Schlafstörung. Sputa sanguinolent. Puls 124, sehr klein und unregelmässig; Respirationsfrequenz 48. Drainagierung der stark ödematösen Beine. Retentio urinae. Ophthalmoskopisch: Gefässe von normaler Weite, wenig gefüllt; keine Pulsations-Phänomene. Trachealrasseln. Collaps mit folg. Exitus.

Leichenbefund: Anasarca, Hydrothorax, Hydropericardium, Ascites. Herz sehr gross und ausgedehnt; über beiden Ventrikeln Sehnenflecke. Muskulatur blass, brüchig; Klappen normal. Thrombenbildung im linken Ventrikel und in der Art. pulmonalis. Magen-Ektasie; Stauungsorgane.

43. Michael Sch., 35 Jahre alt, Metzger.

Spitalbehandlung vom 22. IX. bis 13. X. 79. Früher Typhus. Zur Zeit Klagen über Mattigkeit, Erbrechen und

Magenbeschwerden, sowie Schweratmigkeit. Potatorium erheblichen Grades zugestanden.

Mittelkräftiger Körper, mässiger Fettansatz. Puls klein, frequent (96 p. Min.) Cyanose und Dyspnoe bedeutend (Respiration 32). Herzdämpfung reicht bis an den rechten Sternalrand; Spitzenstoss nicht zu fühlen; Töne schwach, aber rein. Leber vergrössert; Epigastrium druckempfindlich. Ascites nachweisbar; Anasarca; Harn frei von Albumen; es besteht Oligurie. Tremor alcoholicus.

Geringe Temperatursteigerung. Im linken Thoraxraum Erguss. Ordination: Digitalis und Infus. Seneg. Oedeme in steter Zunahme. Starke Cyanose und Dyspnoe. Puls fast unfühlbar, 104; Respiration sehr erschwert, 28 p. Min. Collapszustände, plötzlicher Tod.

Leichenbefund: Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel; Klappen schlussfähig; Muskel braun, etwas brüchig; Sehnenflecke über dem rechten Ventrikel. Braune Induration der Lungen. Hydrothorax, Hydropericardium, Ascites. Unterleibs-Organen zeigen hochgradige Stauung.

44. Ludwig Sch., 40 Jahre alt, Metzger.

Im Krankenhaus vom 26.—27. September 1877. Patient leidet schon seit Jahren an Schweratmigkeit und Herzklopfen, ist bereits seit 5 Wochen bettlägerig und wegen Herzbeutelwassersucht in ärztlicher Behandlung. Anschwellung der Extremitäten besteht seit 4 Wochen. Potatorium zugestanden.

Starke Cyanose; icterische Färbung der Sclerae; gedunsenes Aussehen. Erhebliche Dyspnoe; Respiration sehr beschleunigt. Atmungsgeräusch überall verschärft; zahlreiche Rhonchi. Herzdämpfung in allen Durchmessern vergrössert; Herztöne schwach, doch rein. Abdomen aufgetrieben, sehr beträchtlicher Ascites. Leber- und Milzgrenzen nicht zu bestimmen; Puls nicht fühlbar. Allgemeine Anasarca. Temperatur subnormal. Ordination: Excitantien.

Collaps und rasch eintretender Exitus.

Leichenbefund: Sehr fatter Körper. Hydrothorax, Hydropericardium, Ascites, Anasarca. Excentrische Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel. Klappen gehörig. Herzmuskulatur braunrot, brüchig. Allgemeine Stauungsorgane.

45. Ferdinand R., 47 Jahre alt, Packträger.

Beobachtung vom 27. I. bis 26. II. 1877. Patient war in früher Jugend lungenleidend; seither völlig gesund; erst in letzter Zeit Atembeschwerden, Husten, störendes Herzklopfen. Patient ist Potator.

Lungenspitzen gedämpft; verlängertes Exspirium. Herzdämpfung verbreitert; Spitzenstoss nicht zu fühlen. 1. Mitralton unrein, sonstige Töne rein, doch sehr leise und schwach. Puls frequent, mässig voll, rhythmisch. Respiration dyspnoisch. Leber und Milz nicht vergrössert; in der epigastrischen Gegend Druckempfindlichkeit. Oligurie, kein Albumen. Ordination: Digitalis.

Häufiges Erbrechen, ziemlich hohe Temperaturen. Starke Cyanose und Dyspnoe. Urinmenge fortdauernd bedeutend vermindert, doch eiweissfrei. Respiration 28 p. Min.; Puls kaum noch zu fühlen (120). Im Zustand höchster Schwäche erfolgt Exitus.

Leichenbefund: Kräftiger Körperbau; Schwund des Fettpolsters. Beiderseitige Adhäsiv-Pleuritis, Cirrhose der Lungen. Chronische Myocarditis. Excentrische Hypertrophie und Dilation beider Ventrikel. Zahlreiche Sehnenflecke. Muskel derb; blass; Klappen intakt. Ektasie des Magens; starke Schwellung, Injektion und Ecchymosierung der Magen- und Darmschleimhaut. Atrophische Stauungs-Leber, Stauungsmilz und -Nieren.

46. Isidor St., 49 Jahre alt, Bote.

Dauer des Spitalaufenthaltes vom 5. VIII. bis 26. IX. 1877. Seit Januar hat Patient Herzklopfen und erschwertes Atmen, besonders bei Anstrengungen; in späterer Zeit auch Anschwellung der Füsse. Zur Zeit Klage über Schlafstörung, Appetitverminderung, Diarrhoen. Erhebliches Potatorium. Von früheren Erkrankungen sind Typhus und Scharlach zu nennen.

Es besteht mässige Anasarca; dagegen hochgradige Dyspnoe und Cyanose. Puls 120, klein, regelmässig; Respiration 48; Temperatur normal (36,8). Lungen: HU beiderseits bewegliche Dämpfung. Herz nach rechts und links vergrössert; Spitzenstoss sehr schwach, im 6. Intercostalraum. Töne rein, 2. Pulmonalton verstärkt. Mässiger Ascites. Ordination: Digitalis.

Subjektive Besserung. Harn eiweisshaltig, Menge etwa 750 ccm. Temperatur subnormal. Oedeme geringer; Leber- und Milzgrenzen normal.

Erbrechen; unregelmässiger Puls; hämorrhagische Sputa. Icterische Färbung der Haut. Harnmenge sehr wechselnd; starker Eiweissgehalt. Dampfbäder!

Oedeme sehr beträchtlich, desgleichen die Dyspnoe. Excitantien, Campherinjektionen können den drohenden Collaps und Exitus letalis nicht mehr aufhalten.

Leichenbefund: Ziemlich kräftiger Körperbau. Starke Anasarca. Hämorrhagische Flüssigkeit in beiden Pleurahöhlen; hämorrhagische Infarcte der Lungen. Hydropericardium. Excentrische Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel. Herzmuskulatur gelblichbraun, brüchig; Klappen intakt. Atrophische Stauungsorgane; Ascites.

47. Joseph F., 45 Jahre alt, Packträger.

Im Spital vom 20. VI. bis 2. VII. 1877. Im Alter von 15 Jahren Lungenentzündung, sonst vollständige Gesundheit, bis vor etwa 2 Jahren Blutbrechen eintrat. Seitdem Husten, Schweratmigkeit, Appetitlosigkeit; seit Anfang heurigen Jahres auch Anschwellung der Beine. Stühle meist diarrhoisch; Urinentleerung spärlich; zuweilen Erbrechen. Pat. gesteht hochgradiges Potatorium zu, ist seit 14 Tagen bettlägerig.

Guter Ernährungsstand; geringe Cyanose; mässige Anasarca. Respiration nicht beschleunigt. Herzfigur sehr gross, von der Mammillarlinie bis zum rechten Sternalrand reichend. Spitzenstoss schwach im 5. Intercostalraum zu fühlen. Neben dem 1. Mitralton ist schwaches Blasen hörbar; übrige Töne rein. Epigastrische Pulsation. Abdomen aufgetrieben; Leber und Milz vergrössert. Harn spärlich, eiweissfrei; spez. Gew. 1022. Tremor alcoholicus.

Mässige Dyspnoe; Ascites nachweisbar. Puls unregelmässig, klein (102); Respiration erschwert, in der Min. 24. Temperatur 37,2. Harnmenge gering, schwankend zwischen 200 und 800 ccm. Die Dyspnoe nimmt mehr und mehr zu; der Puls wird ganz irregulär, Kälte der Extremitäten. Unter leichter Temperaturansteigung erfolgt im Coma der Tod.

Leichenbefund: Sehr grosses Herz; beide Ventrikel hypertrophisch und dilatirt; Klappen intakt. Epicard zeigt leichte Trübung. Braune Induration der Lungen; atrophische Muskalleber; Stauungsniere; Ascites; Anasarca.

48. Joseph W., 27 Jahre alt, Mundkoch.

Beobachtet vom 11.—20. III. 1878. In früheren Jahren angeblich stets gesund. Seit mehreren Wochen Husten, Appetitlosigkeit, Erbrechen, sowie Herzklopfen. Patient ist starker Potator.

Kräftiger Körper; starkes Fettpolster. Puls sehr beschleunigt, klein und weich. Herzdämpfung reicht bis zum rechten Sternalrand; Spitzenstoss in der Mammillarlinie; an der Spitze ein systolisches Geräusch. Abdomen stark meteoristisch; Leber- und Milzgrenzen nicht bestimmbar. Ordination: Eisblase; Wein; Digitalis.

Plötzlicher Collaps. Puls unfühlbar. Subnormale Temperaturen. Campher: Abermals Collaps; Kühle und Cyanose der Extremitäten; Tod.

Leichenbefund: Hypertrophie und Dilatation des Herzens; Hydropericardium; Hydrothorax; Anasarca. Herzmuskel blass, sehr brüchig. Stauungsorgane.

49. Johann Sp., 36 Jahre alt, Metzger.

Beobachtet vom 26. VI. bis 6. VII. 1878. Von früheren Krankheiten sind erwähnenswert Nervenfieber im 16. Lebensjahre und Wassersucht im Jahre 1873. Seit 14 Tagen besteht grosse Mattigkeit; Klagen über Heiserkeit und Husten, Appetitlosigkeit, Herzklopfen, Schweratmigkeit. Patient ist Potator.

Subnormale Temperatur; Dyspnoe (Respirationsfrequenz 36 p. Min.); mässiger Icterus, sowie Cyanose der Schleimhäute. Durchschnittliche Harnmenge 350 ccm pro die; geringer Eiweissgehalt. Puls sehr klein, irregulär und frequent. Herz in allen Durchmessern vergrössert; Töne leise, rein. Spitzenstoss nicht fühlbar. Sensorium intakt; Erbrechen; starker Lufthunger. Ordination: Digitalis, Excitantien.

Unter Zunahme der Herzschwäche und Dyspnoe, sowie klonischen Muskelkrämpfen erfolgt bei getrübttem Sensorium der Exitus letalis.

Leichenbefund: Linksseitiger Hydrothorax; geringes Hydropericardium. Ueber den beiden stark vergrösserten und dilatierten Ventrikeln Sehnenflecke. Herzmuskulatur blassbraun, brüchig. Stauungsorgane; Narben-Nieren. Gehirn-Oedem; allgemeiner Hydrops.

50. Simon L., 31 Jahre alt; Bäcker.

In Beobachtung vom 22. XI. bis 23. XII. 78. Patient hat in den Kinderjahren die Masern, in späteren Jahren Typhus durchgemacht. Zur Zeit besteht Klage über Schwer- und Kurzatmigkeit; vor 14 Tagen wurde Anschwellung der Knöchel, vor 8 Tagen solche der Oberschenkel und der Hüftgegend bemerkt. Potatorium wird zugegeben.

Kräftiger Körperbau; grosser Fettreichtum. Normale Temperatur; Puls äusserst klein und weich, doch regelmässig, p. Min. 100; Respiration ziemlich frequent, 28. Erhebliche Cyanose der Peripherie. Sputum schleimig, mit Blutstreifen gemengt. In beiden Lungen kleinblasige Rhonchi; H U beiderseits bewegliche Flüssigkeit. Herz reicht nach oben bis zur 3. Rippe, nach rechts bis zum rechten Sternalrand, nach links 2 Querfinger über die Mammillarlinie. Spitzenstoss nach aussen gelagert; im 5. Intercostalraum. An der Spitze systo-

lisches Blasen; 2. Aorten- und besonders 2. Pulmonalton accentuiert. Abdomen aufgetrieben; geringer Ascites. Leber und Milz vergrößert; Leber sehr resistent. Urin sauer, stark saturiert; wenig eiweisshaltig. Harnmenge etwa 500 ccm pro die; vom spez. Gew. 1020. Ordination: Vinum. Digitalis.

Respirationsfrequenz steigt auf 35; starke Cyanose. Hydrops ebenfalls in Zunahme. Sputa hämorrhagisch. Temperatur 37,0; Puls klein, irregulär, 120 in der Minute. Campher! Digitalis.

Ascites mässigen Grades; Kühle der Extremitäten. Hochgradige Dyspnoe; Collaps; Tod.

Leichenbefund: Excentrische Hypertrophie beider Ventrikel; Muskulatur blass, brüchig; Ecchymosen im Pericard; Sehnenflecke; Hydrothorax; Hydropericardium; Ascites; starke Anasarca. Atrophische Stauungsleber, -Nieren; Milztumor. Starke Injektion der Bronchial-, Magen- und Darm-schleimhaut. Braune Induration der Lungen; hämorrhagischer Infarct im linken Oberlappen.

51. Peter B., 34 Jahre alt, Viehtreiber.

Beobachtet vom 2.—4. März 1888. Schon seit längerer Zeit bestehen bei Anstrengungen Husten und Kurzatmigkeit; seit 3 Wochen Anschwellung der Beine. Keine früheren Krankheiten; nur bestand im Oktober vor. Jahres derselbe Zustand wie jetzt, der sich damals durch längere Bettruhe besserte. Patient ist Potator.

Kräftig gebautes Individuum mit stark entwickeltem Fettpolster. Leichte Cyanose und Anämie. Allgemeiner Hydrops. Respiration dyspnoisch (28); Temperatur 37,4. Leichte bronchitische Erscheinungen; kein Sputum. Herzdämpfung nach rechts wenig verbreitert; Spitzenstoss diffus zn fühlen; epigastrische Pulsation. Radialpuls ziemlich voll; beschleunigt (96). Abdomen etwas meteoristisch; mässiger Ascites. Leber vergrößert; Consistenz vermehrt. Milzvergrößerung. Urin enthält Eiweiss; Mengen gering. Ordination: Calomel; Opium; Digitalis.

Keine Besserung; Temperatur 36,8; Puls sehr klein, 104 p. Min. Cyanose und Dyspnoe stärker (Respiration 36); heftiges andauerndes Erbrechen. Urinmengen sehr gering, täglich kaum 200 ccm. Trotz Excitantien rascher Verfall und Tod.

Leichenbefund: Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel; über dem rechten mehrere Sehnenflecke, zahlreiche Ecchymosen. Endocard und Klappen gehörig. Muskel auffallend hell, ziemlich brüchig. Stauungsorgane; cyanotische

Induration der Nieren. Herzgewicht 660 g (Körperlänge 172 cm; = Gewicht 91 kg).

52. Jakob M., 29 Jahre alt; Schlossergehilfe.

Im Spital vom 28. VIII.—29. IX. 1888. Frühere Krankheiten: Morbilli, Typhus, Diphtherie. Seit 2 Monaten Schmerz in der Magengegend, Schweratmigkeit, Anschwellung der Beine. Starker Potator.

Kräftiger Körperbau; Anämie der Schleimhäute; leichte Cyanose. Kühle der Extremitäten. Atmung frequent, dyspnoisch. Starke Anasarca. Lungenbefund ergibt hinten beiderseits bewegliche Dämpfung. Herzdämpfung reicht nach oben bis zur 3. Rippe; nach rechts bis zum R Sternalrand. Spitzenschlag schwach in der vorderen Axillarlinie des 5. Intercostalraumes zu fühlen; an der Herzspitze systolisches Geräusch; 2. Pulmonalton klappend. Herzaktion regelmässig; beschleunigt (100). Leber vergrößert; Milz nicht perkutierbar; es besteht mässiger Grad von Ascites. Harn mässig eiweisshaltig; durchschnittliche Harnmengen täglich 400 ccm; spez. Gew. 1015. Sputum copiös, schaumig. Ordination: Digitalis.

Zeitweilig Erbrechen; grosse Atembeschwerden, viel Husten. Respiration 36; Puls 108; fadenförmig. Zunahme der Oedeme und des Hydrops. Starke Cyanose. Unter den Erscheinungen der Herz-Insuffizienz erfolgt Exitus letalis.

Leichenbefund: Vergrößerung und Dilatation der Herzhöhlen; leichte Trübung des Endocards; Klappen gehörig. Gewicht des Herzens 650 g (Körpergewicht 69 kg; = Länge 165 cm). Stauungs-Organ. Blutungen der Magenschleimhaut.

53. Joseph K., 31 Jahre alt; Metzger.

Moribundus acceptus 29. X. 88.

Obductionsbefund: Grosse, kräftig gebaute Leiche. Gesicht und Extremitäten stark cyanotisch. Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel. Muskel nicht brüchig. Endocard des linken Ventrikels getrübt; Klappen intakt. Herzgewicht 485 g bei 69 kg Körpergewicht und 158 cm = Länge. Stauungsorgane; leichte Cirrhose der Leber; Narben-Nieren; Injektion der Magendarmschleimhaut. Ascites; Hydrothorax; Hydropericardium.

54. Johann B., 31 Jahre alt; Baumeister.

In Beobachtung vom 15.—17. XII. 1888. Seit 8 Tagen Klage über stetig zunehmende, hochgradige Atemnot; zeitweise Stechen in der Herzgegend und sehr beschwerlicher Husten. Früher vollkommene Gesundheit. Potatorium zugestanden.

Kräftiger Körper; hochgradige Fettleibigkeit. Cyanose der Lippen; frequente (36) und sehr dyspnoische Atmung. Auf den Lungen bronchitische Erscheinungen. Herz in allen Durchmessern vergrößert; Spitzenstoss im 5. Intercostalraum ausserhalb der Mammilla. Töne dumpf, aber rein. Puls klein, weich, regelmässig, 90 in der Minute. Starker Meteorismus des Abdomens; Leber vergrößert, Milz nicht bestimmbar. Starke Anasarca. Harn eiweisshaltig; geringe Mengen (210 ccm vom spez. Gew. 1025).

Hochgesteigerte Dyspnoe (Respirationsfrequenz 40—48) und Cyanose. Puls fast unfehlbar, 95—112. Bei vollkommener Bewusstlosigkeit tritt Exitus let. ein.

Leichenbefund: Idiopathische (alkoholisch-plethorische) Hypertrophie und Dilatation des ganzen Herzens; starke Fettauflagerung. Muskulatur blassbraun: welk, brüchig. Herzgewicht 409 g (Länge 166 cm; Gewicht 100 kg). Endocard und Klappen normal. Geringer allgemeiner Hydrops; Hydrothorax, Ascites, Hydropericard. Braune Induration und Oedem der Lungen; Fett- und Stauungsleber; Stauungsmilz und -Nieren.

55. Martin St., 43 Jahre alt; Tagelöhner.

Aufenthaltszeit im Krankenhaus vom 25. IX. bis 23. X. 1887. Pat. leidet seit 2 Monaten an bedeutend gestörtem Allgemeinbefinden, Mattigkeit, Appetitlosigkeit. In letzter Zeit Schweratmigkeit, schlechter Schlaf, häufiges Herzklopfen, Anschwellung der Füße. Zugegebenes tägliches Bierquantum 6—8 Liter.

Kräftiger Körper; geringe Cyanose, leichter Icterus Status afebrilis. Am Halse ist leichte Venenpulsation zu bemerken. Respiration 24—28; Temperatur 36,5. Auf den Lungen keine Schalldifferenz; vereinzelte Rhonchi. Herz in allen Durchmessern beträchtlich vergrößert, reicht bis zum rechten Sternalrand, links nicht über die Mammillarlinie hinaus, nach oben bis in den 2. Intercostalraum; Spitzenstoss nicht fühlbar; Herzaktion sehr frequent, 124. Töne rein. Epigastrium druckempfindlich; Lebervergrößerung; solche der Milz nicht deutlich nachweisbar. Starkes Oedem der Unterextremitäten. Oligurie. Ordination: Tinct. Strophanthi.

Hochgradige Schlafstörung und Dyspnoe. Sputum etwas hämorrhagisch. Tgl. Urinmengen 200—400 ccm. Puls unfehlbar; Respiration sehr frequent, 44. Auftretenden Collapszuständen kann Pat. nicht mehr widerstehen; es tritt Exitus bei getübtem Sensorium ein.

Leichenbefund: Idiopathische Hypertrophie und Dilatation

beider Ventrikel. Epicardiale Blutungen; Klappen intakt; Muskulatur gelbbraun, wenig derb. Herzgewicht 630 g. Marantische Thromben in sämtlichen Herzhöhlen; Stauungshyperämie der Lungen; zahlreiche hämorrhagische Infarcte. Stauungsnieren; Emboli in den Aesten der Art. renalis. Zahlreiche kleinere Blutungen der Darmwände; Stauungshyperämie in Magen und Darm. Anasarca; Icterus.

56. Michael R., 29 Jahre alt; Schäffler.

In klinischer Beobachtung vom 4.—8. April 1887. Mit Ausnahme der Kinderkrankheiten keine wesentliche Erkrankung. Seit mehreren Jahren öfters morgendliches Erbrechen, das sich seit 2 Wochen täglich wiederholt; zugleich trat Schweratmigkeit, vermehrter Leibesumfang, Schwellung in den Unterextremitäten auf. Das tägliche Bierquantum schätzt Pat. auf mindestens 8 Liter.

Kräftiger, untersetzter Körper. Ziemlich starke Oedeme an den Unterextremitäten. Hochgradige Dyspnoe und Cyanose; Status afebrilis; 37,0. Lungenbefund ergibt bronchitische Erscheinungen. Herzdämpfung enorm vergrößert; Spitzenstoss nicht zu fühlen; Töne rein; 2. Pulmonalton stark accentuiert. Starker Ascites; Leber- und Milzgrenzen daher nicht bestimmbar. Ordination: Potio Riveri; Eis.

Andauerndes Erbrechen. Sensorium zeitweilig benommen. Cyanose und Dyspnoe in rapider Zunahme. Anurie; Pulslosigkeit; in tiefem Coma erfolgt Tod.

Leichenbefund: Idiopathische Herzhypertrophie (alkoholisch-plethorische Form) und Dilatation beider Ventrikel und des rechten Vorhofs; epicardiale Petechien. Muskulatur teilweise gelblich gefleckt, brüchig. Gewicht 420. Stauungshyperämie der Lungen und Oedem derselben; Muskatnussleber; Stauungsmilz; cyanotische Induration der Nieren. Stauungskatarrh des Magens und Darmes. Hydrothorax; Hydropericardium; Ascites; starke Anasarca.

57. Carl D., 47 Jahre alt; Maurer.

Aufenthalt im Spital 1.—2. November 1887. Pat. ist starker Potator. Erst vor 8 Tagen Entlassung aus der ärztlichen Behandlung, in welche er sich wegen Schweratmigkeit, Husten, Stechen auf der Brust begeben hatte. Heute heftiges Erbrechen, starkes Oedem der Beine; hochgradige Cyanose und Pulslosigkeit. Trotz angewandter starker Excitantien Zunahme der Collapserscheinungen; Trachealrasseln; Exitus.

Leichenbefund: Vergrößerung des ganzen Herzens; Sehnenflecke auf dem rechten Ventrikel; Klappen gehörig; Muskel

blassbraun, brüchig. Hydropericardium; Anasarca. Beiderseitige Pleuritis haemorrhagica. Stauungsorgane; Narben-Nieren. Starke Injektion der Magendarmschleimhaut. Chronische Leptomeningitis. Herzgewicht 540 g bei 74 kg Körpergewicht und 177 cm Länge.

58. Joseph H., 33 Jahre alt; Tagelöhner.

Im Krankenhaus vom 18. XI. bis 10. XII. 1887. Bereits in früheren Jahren beobachtete Patient an sich erschwertes Atmen und Herzklopfen; bei Eintritt kalter Witterung häufig Bronchialkatarrh. Seit Anfang dieses Monats besteht starker Husten und Auswurf, grosse Zunahme der Schweratmigkeit und des Herzklopfens, Anschwellung der Füße, Obstipation und Verminderung der Harnmenge. Potatorium wird zugegeben.

Kräftiges, muskulöses Individuum, mässiges Fettpolster. Ueber den Lungen keine Schalldifferenz nachweisbar; ausgedehnte Rasselgeräusche. Herz überallhin stark vergrössert; Spitzenstoss undeutlich fühlbar; 1. Mitralton ist von einem Geräusch begleitet; 2. Pulmonalton stark accentuiert. Puls klein, ziemlich frequent, 92. Temperatur subnormal. Lebervergrösserung. Abdomen meteoristisch; Ascites nachweisbar. Auswurf reichlich, schleimig, zähe. Es besteht Oligurie, doch ist Harn eiweissfrei. Ordination: Infus. Digital.

Oefteres Erbrechen. Urinmenge 290 p. die. Starke Dyspnoe; Respiration 36; afebrile Temperatur. Rechtsseitiger Hydrothorax. Schlaflosigkeit; Druckgefühl auf der Brust. Hochgradige Cyanose und Livor der Lippen. Halsvenen-Pulsation. Herzdämpfung bis zum rechten Sternalrand; Aktion regelmässig; 1. Ton an der Mitralis unrein, sonstige Töne rein. Leber sehr hart, druckempfindlich, vergrössert. Mässiger Grad von Ascites. Sputum schaumig, ziemlich copiös. Harnmenge gering; leichte Opaleszenz.

Dyspnoe und Cyanose in raschem Wachsen; Schlaflosigkeit. Puls kaum fühlbar, 90; Anurie; blutiger Stuhl. Collaps und Exitus letalis.

Leichenbefund: Hypertrophie und Dilatation des ganzen Herzens. Muskel blass, brüchig; Klappen gehörig. Alte Adhaesiv-Pericarditis und -Pleuritis. Lungen Oedem; hämorrhagische Infarcte; Stauungslungen. Leichte hypertrophische Leber-Cirrhose; Stauungs- und Narben-Nieren. Blutungen im Magen und Darm. Ascites; Hydrothorax; Anasarca. Herzgewicht 540 g.

59. * Joseph L., 47 Jahre alt; Maurer.

In Krankenhausbehandlung vom 30. IX. bis 27. X. 1885.

Mit Ausnahme von Lungenentzündung und Rippenbruch früher keine Erkrankung. Seit 2 Monaten Brustschmerzen, seit 8 Tagen auch Husten ohne Auswurf. Potatorium zugestanden (Pat. war früher Brauknecht).

Status afebrilis. Puls klein, weich, etwas unregelmässig, 100. Leicht icterische Hautfarbe. Lungengrenzen etwas erweitert; sonst normaler Befund. Herzdämpfung besonders nach rechts verbreitert; Spitzenstoss nicht zu fühlen. Töne rein, doch sehr dumpf. Mässiger Grad von Ascites. Leber und Milz zeigen keine Vergrösserung. Harn schwach eiweiss-haltig; Menge verringert.

Bedeutende Appetitstörung; Druckempfindlichkeit in der Lebergegend. Plötzlicher Anfall von Dyspnoe und grosser Herzschwäche; sehr kleiner frequenter, arhythmischer Puls; aussetzende Herzaktion. Beginnender Collaps. Campher-injektionen! Respiration 26, äusserst mühsam. Temperatur 36,3. Ascites zunehmend. Andauernde Herzschwäche und Dyspnoe. Blutiges Sputum (dunkelrot, ohne Luftbeimengung). Dyspnoe noch mehr zunehmend. Abermals Collaps. Bei freiem Sensorium erfolgt Exitus letalis.

Leichenbefund: Cor bovinum; auf dem Epicard zahlreiche Petechien; Klappen gehörig; Muskulatur brüchig; Herzgewicht 640 g. Häorrhagische Infarcte beider Lungen; Emphysem. Im linken Ventrikel Thrombenbildung. Muskatnussleber; Granular-Atrophie und cyanotische Induration beider Nieren; embolische Keile in der Milz. Leichte Arteriosklerose der Aorta. Ascites, Anasarca.

60. Joseph H., 35 Jahre alt: Brauer.

In Beobachtung vom 23. I. bis 19. II. 1889. Seit einigen Tagen Klage über Hals- und Brustschmerzen, die bei Husten zunehmen; häufige Atembeschwerden, besonders bei Anstrengungen. Pat. ist starker Potator.

Erscheinungen einer katarrhalischen Angina. Mässige Struma und Hypertrophia cordis. Nach mehreren Tagen Klage über Brennen im Magen. Erhebliche Urinverminderung; schwacher Eiweissgehalt (nach Esbach 0,7 ‰). Temperatur 36,8. Puls 76; stark gespannt. Spitzenstoss nicht zu fühlen; Töne rein; 2. Aortenton stark accentuiert. Mikroskop. Harnbefund: rote und weisse Blutkörperchen, Nierenepithelien, hyaline Cylinder.

Icterische Gesichtsfärbung; Puls 68. Urinmenge pro die unter 100 ccm; Eiweissgehalt des Harns 1,4 ‰. Starker

Brechreiz; Kältegefühl. Collapserscheinungen. Kleiner Puls, Cyanose, Dyspnoe. Andauerndes Erbrechen; Exitus.

Leichenbefund: Croupöse Pneumonie im rechten Ober- und linken Unterlappen; Emphysem. Magendarmkatarrh; Milztumor; glatte Schrumpfniere. Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel; Epicard über dem rechten Ventrikel getrübt; Papillarmuskeln leicht sehnig degeneriert. Herzgewicht 405 g.

61. Georg Sch., 50 Jahre alt; Dienstmann.

Beobachtet vom 28. I. bis 14. II. 1889. Seit mehreren Tagen Schmerzen im Magen und auf der Brust, sowie Appetitlosigkeit, Herzklopfen, erschwertes Atmen. Im Jahre 1885 Gelenkrheumatismus, angeblich ohne Folgeerscheinungen; sonst stets gesund. Kolossales Bierpotatorium, pro die 20 Liter!

Kräftiger Körperbau, guter Ernährungsstand. Hautfarbe cyanotisch mit gelblichem Anstrich. Puls etwas unregelmässig, weich; 96 p. Min. Respiration dyspnoisch 32. Temperatur 36,5—37,5. Lungenbefund normal. Herzdämpfung reicht nach oben bis zur 3. Rippe, nach rechts über den R. Sternalrand hinaus. Spitzenstoss diffus in der Mammillarlinie des 5. und 6. Intercostalraumes zu fühlen; 1. Mitralton unrein; 2. Pulmonalton verstärkt. Leber vergrößert, resistent. Abdomen weich; kein Ascites. Milzschwellung. Ordination: Eis; Wein.

Oefteres Erbrechen. Puls 120, sehr klein, kaum fühlbar. Temperatur 36,2. Morphinum! Starke Cyanose. Kühle der Extremitäten, keine Oedeme. Collaps; Tod.

Leichenbefund: Hypertrophie und Myodegeneration des Herzens. Epicard an einigen Stellen milchig getrübt; über dem linken Ventrikel Ecchymosen. Muskel mit zahlreichen gelben Stellen durchsetzt (Verfettung), brüchig. Thromben im linken Herzohr. Beiderseits hämorrhagischer Hydrothorax; Hydropericardium; Ascites. Stauungsorgane; Milztumor, cyanotische Induration der Nieren.

62. Josef B., 26 Jahre alt, Steinschleifer.

Beobachtet vom 6.—11. III. 1889. Patient will früher nie krank gewesen sein. Seit 3 Wochen Schmerzen in der Magengegend, sowie Erbrechen; seit 8 Tagen Schwellung des Leibes, der Beine und der Genitalien. Appetit mässig; Stuhl regelmässig. Potatorium wird zugestanden.

Kräftiger Körper, mässiger Fettansatz. Cyanose der Haut und Schleimhäute. Lungenbefund: Atemgeräusch R H U abgeschwächt, Perkussionsschall gedämpft. Herz in jeder Richtung vergrößert; Spitzenstoss schwach fühlbar; 1. Ton an der Spitze unrein. Temperatur 36,6. Puls klein, weich, 92.

Respiration dyspnoisch, 32. Urinmenge stark vermindert, täglich nur 150 ccm. Anasarca.

Oefteres Erbrechen; hochgradige Cyanose. Puls regelmässig; sehr beschleunigt; ebenso Respiration. Rapider Kräfteverfall und Tod.

Leichenbefund: Idiopathische Hypertrophie und Dilatation des Herzens. Gewicht 470 g. Stauungsorgane; Leber leicht granuliert; Nieren induriert. Seröse Ergüsse in sämtliche Körperhöhlen; Anasarca.

63. Leonhard H., 30 Jahre alt, Braugehilfe.

In klinischer Beobachtung vom 7.—25. März 1889. Pat. war angeblich bisher stets gesund. Seit 6 Wochen Anschwellung der Beine und des Leibes; seit 3 Wochen Husten, Schweratmigkeit und Herzklopfen; in den letzten Tagen auch Schlafstörung und starke Verminderung des Urins, sowie täglich mehrmaliges Erbrechen. Enormes Potatorium; tägliches Bierquantum 16 Liter.

Sehr kräftiger Mann mit gut entwickelten Muskeln; starkes Fettpolster. Gesicht und Hände gedunsen; universelle Cyanose. Temperatur 36,4; Respiration dyspnoisch 30; Puls 104, kaum fühlbar. Hochgradige Anasarca der Extremitäten und des Scrotum. Lungenschall normal; Vesikuläratmen mit feuchten Rasselgeräuschen. Herzdämpfung geht nach rechts bis zum R Sternalrand; Spitzenstoss in der Mammillarlinie des 6. Intercostalraumes. Töne rein; 2. Aorten- und Pulmonaltöne stark accentuiert. Leber- und Milzvergrösserung. Ordination: Infus. fol. Digital. Vinum fortius.

Es stellt sich Erbrechen ein; schlechter Schlaf, vollständige Appetitlosigkeit; quälender Husten. Respiration 30, sehr erschwert. Temperatur fortgesetzt afebril. Starke Pulsation am Halse und im Epigastrium. Radialpuls sehr klein und weich, 114 p. Min. Herz noch mehr vergrössert, reicht jetzt 2 Finger über den rechten Sternalrand; nach oben bis in den 2. Intercostalraum, nach links einen Querfinger über die Mammillarlinie. Spitzenstoss nicht zu fühlen; Töne ungewöhnlich dumpf; 1. Mitralton unrein. Auf den Lungen H U beiderseits handhohe Dämpfung und abgeschwächtes Vesikuläratmen. Leib gespannt, aufgetrieben; Leber druckempfindlich, den Rippenbogen um 2 Finger überragend; undeutlich palpabel, hart. Milz stark vergrössert. Anasarca nimmt besonders am Rumpfe beträchtlich zu. Urinmenge sehr gering, p. d. 140 ccm vom spez. Gew. 1020; schwache Opaleszenz bei der Kochprobe. Ordination: Digitalis, Kali aceticum.

Enorme Steigerung der Cyanose. Blutdruck (nach Basch) an der linken Temporalis = 60 mm Hg. Puls intermittierend, 104. Respiration 36; starke Dyspnoe. Behufs Milderung der bestehenden Erscheinungen werden durch Venaesection 160 ccm Blut entleert; hierauf subjektives Wohlbefinden, das jedoch von nicht langer Dauer ist. — Sehr wenig Schlaf; leicht icterisches Aussehen. Zunge belegt, Glossitis dissecans. Hydrothorax reicht bis zur Mitte der Scapula; Atemgeräusch überall vesikulär. Herzdämpfung unverändert; Töne sehr leise; unregelmässige Aktion. Blutdruckmessung an der linken Temporalis ergiebt nunmehr 40 mm Hg. Eiweissgehalt des Urins vermehrt (0,1 % nach Esbach). Anasarca in rascher Zunahme. Ordination: Calomel; Strophanthus; Kal. acet. Vinum. Morphium- und Campherinjektionen. Auf Calomel werden die Stauungserscheinungen etwas gebessert; doch tritt bald Stomatitis mercurialis ein. Am Os sacrum kleiner Decubitus; bei fast freiem Sensorium plötzliche Herzinsuffizienz und Tod.

Leichenbefund: Idiopathische Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel, besonders des rechten; Fettauflagerung gering; Klappen schlussfähig; Endocard in beiden Herzhälften etwas verdickt. Muskel braunrot; brüchig. Hydropericardium; Hydrothorax. Oedem der Lunge mit brauner Induration. Beginnende Atheromatose des Anfangsteiles der Aorta. Stauungsorgane; cyanotische Induration der Nieren; Stauung und Ecchymosen in Magen und Darm. Herzgewicht 545 g.

Die folgenden Fälle betreffen Patienten, bei welchen erhebliche Besserung, teilweise sogar vollständige Heilung erzielt werden konnte.

64. Joseph B., 25 Jahre alt, Bäcker.

Spitalaufenthalt vom 7. V. bis 27. VI. 1881. In früheren Jahren Typhus und Cholera. Seit 14 Tagen Klage über Druck auf der Brust; Appetitlosigkeit, Erbrechen, Schweratmigkeit. Potatorium zugestanden.

Status afebrilis. Gesichtsfarbe blass. Panniculus stark entwickelt. Puls sehr klein, von normaler Frequenz. Herzfigur bedeutend vergrössert. Epigastrium auf Druck empfindlich. Keine Oedeme. Ordination: Digitalis. Bettruhe; entsprechende Diät.

Bedeutende Schlafstörung; ziemlich starke Dyspnoe; geringer Husten ohne Auswurf. Herztöne rein. Puls 108, Respiration 20. Ordination: Quebracho.

Urin andauernd eiweissfrei. Schlaf gebessert. Herz-

dämpfung reicht nach rechts über die Mitte des Sternum, nach links über die Mammillarlinie hinaus. Spitzenstoss im 5. Intercostalraum, ausserhalb der Mammilla. Milz vergrössert.

Herzaktion wird ruhiger; Puls 76. Rasche Besserung des Allgemeinbefindens. Patient wird in die Rekonvaleszenten-Anstalt entlassen.

65. Ludwig P., 47 Jahre alt, Dienstmann.

Behandelt vom 16. V. bis 30. VI. 1881. Seit 10 Tagen besteht Kurzatmigkeit, Schwere in den Gliedern, Mattigkeit, Appetitlosigkeit. Pat. ist Potator; will an ähnlichen Beschwerden bereits früher einmal gelitten haben.

Guter Ernährungsstand; kräftiger Körperbau. Leichter Livor der Lippen. Lungengrenzen tiefstehend, wenig verschieblich, sonst Befund normal. Herzdämpfung in allen Durchmessern vergrössert; Herztöne leise und mit Ausnahme des 1. Mitraltones, der von einem schwachen Geräusch begleitet ist, rein. Epigastrische Pulsation; Lebervergrösserung. Temperatur normal; Respiration 20; Puls 72. Ordination: Digitalis; Chloralhydrat.

Zuweilen Dyspnoe. Puls klein, weich, aber regelmässig. Campher! Gegen bestehende Schlafstörung Chloral. — Herzgeräusch verschwindet vollkommen; Pulsqualität wird gebessert; im Harn kein Eiweiss; normale Mengen. Pat. wird nahezu geheilt entlassen.

66. Franz R., 40 Jahre alt, Bäckergehilfe.

In klinischer Beobachtung vom 18. VI. bis 2. VII. 1881. Pat. klagt seit 6 Tagen über Druckgefühl auf der Brust und Atembeschwerden, welche seit gestern sich erheblich gesteigert haben; Appetitlosigkeit, Diarrhoen, leichte Anschwellung der Beine. Im Jahre 1871 erkrankte Patient an Darmentzündung; sonst will er immer gesund gewesen sein. Potatorium zugestanden.

Kräftiges Individuum. Puls beschleunigt, sehr klein, 92. Herzfigur bedeutend vergrössert; Töne leise, aber rein. Lungen bieten keine Anomalie. Ascites nicht nachweisbar; Oedeme gering; Urin eiweissfrei. — Rasche Besserung der Herzaktion und des Allgemeinbefindens.

67. Ludwig O., 40 Jahre alt, Metzger.

Spitalaufenthalt 7.—20. II. 1882. In früheren Jahren Intermittens und Pneumonie. Seit $\frac{1}{2}$ Jahr Husten mit Auswurf, zuweilen sogar von blutiger Beschaffenheit, sowie Schweratmigkeit, Brechreiz, besonders am Morgen, Diarrhoe;

Appetitlosigkeit. Patient ist Potator und trinkt täglich etwa 10 Liter Bier.

Starke Adipositas, blasse leicht icterische Gesichtsfarbe. Sehr grosse Herzfigur; Spitzenstoss nicht zu fühlen, an der Herzspitze dumpfes systolisches Geräusch. Puls klein und schwach, mässig frequent. Urin eiweissfrei. Sputa blutig tingiert. Normale Temperaturen. Ordination: Infus. Senegae; Digitalis; Regelung der Diät. — Grosse Unruhe bei Nacht; Abdomen meteoristisch. Harnmenge steigt erheblich: Herzdämpfung nimmt in der Breite ab. Puls voller, 80; Respiration 22, wenig dyspnoetisch. Subjektive und objektive Besserung; Entlassung.

68. Andreas E., 42 Jahre alt, Braugehilfe.

Im Krankenhaus vom 16. bis 22. März 1882. Früher keine Erkrankung. Seit 8 Tagen Anschwellung der Extremitäten und des Scrotum. Herzklopfen. Potatorium wird zugegeben.

Puls langsam, voll, regelmässig. Herzdämpfung in allen Durchmessern vergrössert; Töne rein. Abdomen meteoristisch; kein Ascites; mässige Anasarca. Harnmenge 1400; spez. Gew. 1012; leichter Eiweissgehalt. — Durch Digitalisgebrauch schwinden die Oedeme rasch; Herz verkleinert sich etwas; Patient wird gebessert entlassen.

69. Franz G., 28 Jahre alt, Bäckergehilfe.

In Behandlung vom 13. V. bis 13. VI. 1882. Seit einem Jahre bereits Erbrechen und Appetitlosigkeit; vor 6 Tagen plötzlich Herzklopfen und Schweratmigkeit. Von früheren Krankheiten Typhus im Jahre 1870. Potatorium!

Guter Ernährungsstand. Lippen etwas livide; Atmung ruhig. Puls sehr unregelmässig, 108. Herzdämpfung reicht von der linken Mammillarlinie bis zum rechten Sternalrand; Aktion sehr unregelmässig; Töne anscheinend rein. Leber und Milz nicht vergrössert. Urin eiweissfrei. Temperatur subnormal. Ordination: Digitalis; Eisblase.

Besserung des Appetits und des Allgemeinbefindens. Puls klein, 76; Urinmenge normal. Gebessert entlassen, doch zeigt Puls noch leichte Unregelmässigkeit.

70. Johann K., 36 Jahre alt, Kutscher.

Im Spital vom 18. III. — 1. IV. 1883. Von früheren Krankheiten nur Lungenentzündung. Seit mehreren Wochen Magenbeschwerden, Kurzatmigkeit, trockener Husten, Schwindelanfälle, Herzklopfen. Potatorium zugestanden.

Temperatur 37,4; Puls 84, voll; Respiration 36, leicht dyspnoisch. Cyanose; Tremor alcoholicus. Kräftiger Körperbau; guter Ernährungsstand. Herzdämpfung mässig vergrössert; Spitzenstoss nicht zu fühlen; Töne rein; Aktion regelmässig. Milz- und Lebervergrösserung, letztere druckempfindlich. Harn eiweissfrei; kein Ascites. Ordination; Vinum, Bettruhe, Digitalis.

Pat. wird nach einigen Tagen gebessert entlassen.

71. Joseph St., 32 Jahre alt, Braugehilfe.

Spitalaufenthalt vom 19. XI. — 12. XII. 1883. Pat. lag bereits im vorigen Jahre an den derzeitigen Beschwerden krank darnieder, war aber seit seiner Genesung vollständig arbeitsfähig. Vor 10 Tagen plötzlich Atemnot, Beklemmungsgefühl in der linken Brusthälfte; hierzu gesellte sich in den letzten Tagen intensiver Husten, Anschwellen der Beine. Atembeschwerden hat Patient angeblich schon seit mehreren Jahren, doch noch nie mit solcher Heftigkeit wie gegenwärtig. — Mit 18 Jahren bekam Pat. Lungenentzündung, ist aber seither bis auf oben Erwähntes gesund gewesen; seit 10 Jahren in einer Brauerei beschäftigt und von dieser Zeit an starker Biertrinker.

Kräftiger Körperbau; mässige Adipositas. Gesicht cyanotisch; Atmung nicht beschleunigt, 16, aber dyspnoisch. Puls klein, unregelmässig, 88 p. Min. Temperatur 37,0. Am Halse deutlicher Venenpuls. Lungen: auf der linken Spitze kurzer Schall, Exspirium verlängert. Herz überschreitet den rechten Sternalrand, geht nach oben bis zur 2. Rippe; Spitzenstoss in d. Mammillarlinie des 4. Intercostalraumes. 1. Mitralton unrein; übrige Töne rein. Leib aufgetrieben; nachweisbarer Ascites. Leber vergrössert; Harn sauer, eiweisshaltig, pro Tag etwa 300 ccm. Ordination: Auf Digitalis erfolgt prompte Wirkung. Herzaktion wird kräftiger; Töne vollkommen rein. Hydropericard verschwindet; Stauungsleber und Ascites gehen zurück; Pulsqualität bessert sich bedeutend; vollständige Rückbildung aller Krankheitserscheinungen, sodass Pat. als genesen entlassen werden kann.

72. Georg Sp., 29 Jahre alt; Schlossergehilfe.

Beobachtet vom 17. II. bis 8. III. 1884. Früher keine wesentliche Erkrankung. Im Sommer vor. Jahres zum ersten Male Anschwellung der Beine, verbunden mit Abnahme der Urinmenge. Mässiger Husten soll seit dieser Zeit constant bestehen. Gegenwärtig klagt Pat. über Verdauungsbeschwerden, Appetitmangel, Druckgefühl in der Magengegend; in den letzten

Tagen Kurzatmigkeit, Mattigkeit, zunehmendes Anschwellen der Beine. Beträchtliches Potatorium angegeben.

Status afebrilis. Puls 100; Urin eiweissfrei, tägliche Menge nicht über 900 cm. Gesicht gedunsen, mässige Cyanose; starke Anasarca. Auf den Lungen LHO Dämpfung; Pleurasäcke leer. Herzdämpfung stark verbreitert, Spitzenstoss in der Mammillarlinie des 5. Intercostalraumes. Töne mit Ausnahme des ersten Mitraltones rein. Leber- und Milzvergrösserung nachweisbar; Ascites nicht vorhanden. Ordination: Digitalis. — Rasche Besserung der Krankheitssymptome, Patient wird arbeitsfähig entlassen.

73. Corbinian H., 40 Jahre alt; Getreidehändler.

Aufenthalt im Krankenhaus vom 17. II. bis 15. III. 1884. Früher häufige Magenbeschwerden. Jetzige Erkrankung begann vor 14 Tagen mit Anschwellung beider Beine, Husten, Atemnot; Schlaf ist hochgradig gestört, Urinmenge vermindert. Potatorium wird zugestanden.

Kräftig gebauter Mann. Puls kaum fühlbar, sehr klein und weich, 108. Temperatur 38,0. Respiration 54; enorme Dyspnoe und Cyanose; starke Anasarca. Ueber beiden Lungen Rasselgeräusche; die linke Spitze gibt kürzeren Schall und verschärftes Atmen; R H U starke verschiebliche Dämpfung. Herzfigur erstreckt sich von der Mammillarlinie an bis zum rechten Sternalrand; Spitzenstoss nicht fühlbar; Töne sehr leise, unrein. Abdomen meteoristisch, enthält bewegliche Flüssigkeit. — Durch Digitalisgebrauch kann erhebliche subjektive Besserung erzielt werden; Cyanose und Dyspnoe verringern sich; Respiration 36; Puls mässig gefüllt, weich, 120. Sichtbare Venenpulsation am Halse. — Herz noch immer sehr breit, doch Töne rein; 2. Pulmonalton verstärkt; Spitzenstoss schwach, in grosser Ausdehnung zu fühlen. Auf den Lungen noch trockenes Rasseln und Rhonchi sibilantes Harnmengen schwankend zwischen 400–900 ccm; spez. Gew. 1024; geringer Eiweissgehalt. Leber sehr resistent; ziemlich starker Ascites; Oedeme der Beine und der Genitalien. — Langsame Besserung des gesamten Krankheitsbildes; Ascites gering, Oedeme schwinden vollkommen; Puls wird regelmässig bei gut gefüllter Arterie. — Pat. wird nahezu geheilt entlassen.

74. Joseph M., 37 Jahre alt; Maler.

Behandelt vom 27. V. bis 13. VI. 1884. In früheren Jahren Typhus und Lungenentzündung. Seit Ende vor. Jahr. starke Schwellung beider Unterextremitäten, Atembeschwerden,

welche vor 5 Tagen noch erhebliche Zunahme erfuhren. Potatorium (pro die 10 Liter) zugestanden.

Gut genährtes, kräftiges Individuum. Hochgradige Anasarca. Herzdämpfung reicht von der Mitte des Sternum bis 3 Finger breit über die Mammillarlinie. Spitzenstoss im 6. Intercostalraum; 1. Mitralton unrein. Leber und Milz vergrössert. Venenpuls am Halse. Sputum schleimig eitrig. Rechte Lungenspitze ergiebt erhebliche Dämpfung; Rasselgeräusche. Urin ohne Albumen; vom spez. Gew. 1013, sehr geringe Mengen. Ordination: Digitalis und Kali aceticum. Venenpuls und bronchitische Erscheinungen schwinden; Puls 60, manchmal aussetzend; geringe Anasarca. Pat. wird gebessert entlassen.

75. Franz R., 43 Jahre alt; Bäckergehilfe.

In Krankenhausbeobachtung vom 17. bis 29. IX. 1884. Im Jahre 1870 Darmentzündung, 1881 wegen Atembeschwerden und Herzklopfen in ärztlicher Behandlung; seitdem gesund. Vor 8 Wochen stellten sich abermals Atembeschwerden und mitunter auch Herzklopfen ein; seit 14 Tagen auch Anschwellung der Füße, etwas später der Hände, verminderte Urinausscheidung. Pat. ist Potator.

Kräftiger Körperbau. Puls mässig frequent, ziemlich voll. Herz wenig vergrössert; Spitzenstoss in der Mammillarlinie des 6. Intercostalraumes; Töne rein. Im Abdomen freie Flüssigkeit; Lebervergrösserung nicht nachzuweisen. Urinmenge durchschnittlich 900 ccm; spez. Gew. 1018. Kein Eiweissgehalt. Normale Temperaturen. Ordination: Digitalis, das prompte Wirkung entfaltet. Abnahme der Dyspnoe und der Pulsfrequenz; Zunahme der Harnmenge; Verschwinden des Ascites. Völlige Heilung des Pat.

76. Mathias E., 44 Jahre alt; Maurer.

Spitalbehandlung vom 12. bis 18. XI. 1884. Von früheren Krankheiten nur Rheumatismus. Seit längerer Zeit erschwertes Atmen und Husten, seit 4 Tagen Appetitlosigkeit und Mattigkeit. Potatorium zugestanden.

Starker Panniculus adiposus. Herz- und Leberdämpfung vergrössert. Druckempfindlichkeit im Epigastrium. Herztöne rein. Pulsfrequenz 96; normale Temperatur. Urin eiweissfrei, spez. Gew. 1020. Ordination: Bettruhe; Sal thermar. Carol., Digitalis. — Herz und Leber verkleinern sich; Puls wird voller und langsamer. Subjektives Wohlbefinden; Pat. wird entlassen.

77. Johann B., 45 Jahre alt, Leichenträger.

Beobachtet vom 18. IX. bis 12. X. 1884. Seit mehreren

Jahren bereits Atembeschwerden und Herzklopfen, weshalb Patient vor seinem Eintritt ins Spital schon mehrere Monate lang in ärztlicher Behandlung stand. Bez. Potatorium Zugeständnis von täglich 5 Litern.

Mittelkräftiger Körperbau. Puls sehr klein, unregelmässig; ziemlich starke Dyspnoe. Lungenbefund ergibt L H U verschiebliche Dämpfung. Herz reicht 1 Querfinger über den rechten Sternalrand. Spitzenstoss nicht fühlbar; Töne rein. Leib stark aufgetrieben; mässiger Ascites. Leber und Milz vergrössert. Anasarca der Bauchdecken und der Unterextremitäten; stark gedunsenes Aussehen, Cyanose des Gesichts. Ordination: Digitalis, Campher.

Leicht hämorrhagisches, schaumiges Sputum. Puls 90, etwas voller; Dyspnoe im Zunehmen. Status afebrilis. Dampfbäder! — Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Incontinentia urinae. Hochgradige Dyspnoe, benommenes Sensorium. Auf Wunsch der Angehörigen Transferierung des Pat. nach seiner Wohnung.

78. Joseph M., 43 Jahre alt, Bäckergehilfe.

Beobachtet vom 13. XII. 1884 bis 16. I. 1885. Von früheren Krankheiten nur Lungenentzündung im Jahre 1868 bemerkenswert. Seit 8 Tagen Husten, Appetitlosigkeit, erschwertes Atmen. Potatorium von 5 Litern zugegeben.

Tiefstehende Lungengrenzen; über der ganzen Lunge zahlreiche Rhonchi sibilantes. Herzdämpfung reicht bis zur Mitte des Sternum. Spitzenstoss nicht fühlbar; Töne rein. Starke Cyanose; mässige Dyspnoe; Respiration 36; Temperatur 36,0; Puls 126, leicht unregelmässig. Anasarca. Ordination: Digitalis. Puls- und Respirationsfrequenz sinken; Harnmenge steigt; allgemeines Besserbefinden, Entlassung.

79. Josef W., 43 Jahre alt, Schächler.

In klinischer Beobachtung vom 27. II bis 1. III. 1885. Seit längerer Zeit Erbrechen, Mattigkeit, erschwertes Atmen. Potatorium täglich 8 Liter. —

Herzdämpfung reicht bis zur Mitte des Sternum. Spitzenstoss schwach in der Mammillarlinie des 6. Intercostalraumes fühlbar, Puls klein, weich, Respiration normalfrequent (21); doch leicht dyspnoisch. Diät! Digitalis. — Pat. wird nach wenigen Tagen gebessert entlassen.

80. Johann W., 48 Jahre alt, Dienstmann.

Im Krankenhaus vom 19. IV. bis 2. V. 1885. Vor 10 Jahren Typhus; vor 3 Jahren Lungenentzündung. Zur Zeit

Klage über Schweratmigkeit, Appetitlosigkeit, morgendliches Erbrechen. Pat. ist Potator.

Kräftiger Mann mit starkem Panniculus. Herzdämpfung in allen Durchmessern vergrössert. Puls mässig voll, regelmässig, etwas frequent (80 p. Min.). Herztöne rein. Temperaturen subnormal. Keine Oedeme; Tremor alcoholicus. Ordination: Diät; Infus. fol. Digital. — Besserung aller Krankheitserscheinungen in kurzer Zeit.

81. Joseph T., 50 Jahre alt, Schuhmacher.

Spitalbehandlung vom 21. V. bis 5. VI. 1885. Patient klagt über Druck in der Magengegend, Husten, Erbrechen, Schweratmigkeit, Appetit- und Verdauungsstörungen. Tägliches Potatorium von 8 Litern.

Puls zeigt bedeutende Frequenz (120), ziemlich klein, doch regelmässig. Normale Temperatur. Herzfigur bedeutend vergrössert; Töne rein. Bettruhe! Diätetische Vorschriften. — Puls noch immer sehr frequent, bis zu 136 p. Min. Erbrechen sistiert; Klage über Herzklopfen. Durch Anwendung von Digitalis und der Eisblase wird rasche Besserung erzielt.

82. Carl H., 39 Jahre alt, Tagelöhner.

Spitalaufenthalt vom 9.—27. Juli 1885. Patient, früher stets gesund, klagt seit 4 Tagen über erschwertes Atmen, Anschwellung der Beine; täglich morgens Erbrechen. Potatorium von täglich 8—12 Litern wird zugegeben.

Tremor alcoholicus. Herz nach jeder Richtung vergrössert; Töne dumpf, kein Geräusch wahrnehmbar; Puls klein, aber regelmässig; Leberdämpfung sehr gross; mässige Oedeme der Unterextremitäten. Ordination: Infus. fol. Digital., Kali aceticum. — Puls wird voller, kräftiger. Oedeme schwinden vollständig. Subjektive und objektive Besserung.

83. Johann St., 30 Jahre alt, Metzger.

Beobachtet vom 17.—28. VIII. 1885. Von früheren Krankheiten nur eine während der Militärzeit acquirierte Lungenentzündung zu nennen. Seit 14 Tagen Mattigkeit, Schweratmigkeit, Schwellung der Beine. Pat. ist Potator.

Hautfarbe leicht icterisch; Atmung etwas dyspnoisch, ziemlich frequent. Puls regelmässig, 96. Temperatur subfebril. Rechte Lungenspitze erscheint gedämpft; hier verlängertes Expirium; ausserdem im Gebiet der rechten Lunge katarrhalische Erscheinungen. Herzdämpfung vergrössert; reicht von der linken Mammillarlinie bis zur Mitte des Sternum; Spitzenstoss diffus, äusserst schwach; Töne rein;

2. Pulmonalton verstärkt. Harn eiweissfrei, mässige Mengen. Digitalis! Pat. wird gebessert entlassen.

84. Joseph S., 46 Jahre alt, Malzbrecher.

Beobachtet vom 18.—27. VIII. 1885. Während des Feldzuges 1870/71 litt Patient an Ruhr; weitere Erkrankungen werden nicht angegeben. Seit mehreren Wochen besteht Zittern der Hände, Schweratmigkeit, Husten, allgemeine Mattigkeit. Tägliches Bierquantum 6 Liter.

Gut genährter, kräftiger Körper; Herzfigur nach rechts stark verbreitert. Spitzenstoss ausserhalb der Mammillarlinie schwach zu fühlen; Töne leise, doch rein. Puls wenig gefüllt, weich, 96 p. Min. Tremor alcoholicus. Keine Oedeme. Ordination: Digitalis. — Nachts grosse Unruhe und Delirien, welche auf Chloral beseitigt werden können. Puls wird weniger frequent, 76, von guter Beschaffenheit. Rasche Besserung des Allgemeinbefindens.

85. Anton R., 30 Jahre alt, Braugehilfe.

Beobachtet vom 15.—20. XI. 1885. Patient klagt seit 14 Tagen über Stechen in der linken Thoraxhälfte, besonders beim Arbeiten, Treppensteigen etc., sowie über Schweratmigkeit und Husten. Im vorigen Jahr dasselbe Leiden, sonst stets gesund. Potatorium zugestanden.

Gut gebauter, kräftiger Körper. Respiration ziemlich frequent; Puls regelmässig. Herzdämpfung verbreitert; Spitzenstoss nicht zu fühlen; Töne dumpf, aber rein. Leber vergrössert; Abdomen weich, etwas druckempfindlich. Durch Bettruhe und zweckentsprechende Diät rasche Hebung der bestehenden Beschwerden.

86. Peter W., 20 Jahre alt, Colporteur.

Im Krankenhaus vom 7. II. bis 22. III. 1886. Seit 2 Tagen hat Pat. Schmerzen in der Herzgegend; Atemnot und besonders häufiges Herzklopfen. Mässiges Potatorium.

Blasse Hautfarbe, grazier Körper. Respiration ruhig, 16; Temperatur normal. Puls mittelvoll, regelmässig, 80. Herzspitzenstoss im 5. Intercostalraum; die Mammillarlinie um 2 Finger überragend; noch im 6. Int. fühlbar. Herz nach rechts nur wenig vergrössert; Töne rein. Unterleibsorgane normal. Harn frei von Eiweiss; Menge vermindert. Ordination: Infus. fol. Digital. — Wechselnde Pulsbeschaffenheit. Urinmenge nimmt bedeutend zu; subjektives Besserbefinden.

Georg K., 40 Jahre alt, Holzhändler.

In Beobachtung vom 8. bis 12. II. 1886. In früheren Jahren vollkommene Gesundheit. Seit 3 Jahren mit Unter-

brechung krank: Aufstossen, Appetitlosigkeit, Anschwellung des Leibes und der Beine, Gelbsucht, Schweratmigkeit. Seit 4 Wochen auch heftige Magenstörungen, Erbrechen, Ekelgefühl. Potatorium (täglich 12 Liter) zugestanden.

Allgemeines Oedem. Ruhige Respiration, normale Temperatur; Puls sehr klein, frequent. Bedeutende Vergrösserung des Herzens; Spitzenstoss nicht fühlbar; Töne dumpf, aber rein. Vergrösserung der Leber und Milz; geringer Ascites, Ordination: Digitalis. — Pat. verlässt nach wenigen Tagen ungebessert das Spital.

88. Joseph G., 20 Jahre alt, Bräugehilfe.

Klinischer Aufenthalt vom 21. bis 25. IV. 1886. Pat. klagt seit längerer Zeit über Schwindel, Atemnot, Herzklopfen. Patient ist Potator.

Kräftig gebauter Mann. Herz stark vergrössert, reicht nach rechts bis zum rechten Sternalrand, nach oben bis zum oberen Rand der 3. Rippe. Spitzenstoss in grosser Ausdehnung fühlbar; Aktion arhythmisch; Töne rein; 2. Aorten- und Pulmonaltöne stark accentuiert. Harn eiweissfrei. Ordination: Digitalis. — Herzdämpfung verkleinert sich; Aktion wird regelmässig; Subjektivbefinden bessert sich rasch.

89. Ferdinand R., 49 Jahre alt, Hadernsammler.

Im Spital vom 25. V. bis 5. VI. 1886. Klage über Erbrechen, Appetitstörung, Herzklopfen, welche Beschwerden mit Unterbrechungen bereits seit 1 Jahr bestehen. Potatorium zugestanden.

Auf den Lungen zahlreiche Rasselgeräusche. Herzdämpfung überschreitet die Mitte des Sternum; Spitzenstoss nicht fühlbar; Töne dumpf, aber rein. Leber wenig vergrössert; Epigastrium druckempfindlich; Harn frei von Albumen. Temperatur und Respiration normal. — Durch Regelung der Diät, Bettruhe, Gebrauch von Digitalis rasche Besserung.

90. Franziska P., 40 Jahre alt, Kanalaufsehers-Witwe.

Im Krankenhaus beobachtet vom 2.—5. Juni 1886. Pat. machte im Jahre 1873 angeblich Bauchfell-Entzündung durch, sonst stets vollkommen gesund. Vor 18 Monaten erkrankte Patientin an Herzklopfen, das schon bei geringen Anstrengungen sich intensiv steigerte, und an Schwellung der Beine, welche Beschwerden neuerdings bedeutende Zunahme erfuhren. Potatorium (bis zu 5 Litern täglich) zugestanden.

Mittelgrosse, enorm fettleibige Patientin. Temperatur afebril. Puls klein, 93 p. M. Auf beiden Lungen normaler Schall; vereinzelte trockene Rhonchi. An der Herzspitze der

1. Ton unrein, übrige Töne rein. Spitzenstoss etwas ausserhalb der Mammillarlinie, kaum zu fühlen. Das ganze Herz erheblich vergrössert. Im Abdomen keine freie Flüssigkeit. Harn ohne Albumen, Menge durchschnittlich 1050 ccm. Anasarca bedeutend. Ordination: Digitalis c. kal. acet., Scilla. — Temperatur andauernd normal; Pulsqualität bessert sich rasch. Oedeme schwinden vollständig. Pat. wird gebessert entlassen.

91. Andreas B., 42 Jahre alt, Schmied.

Im Krankenhaus vom 21.—26. X. 1886 Seit 2 Jahren Herzklopfen und Atembeschwerden. Bei längerem Gehen grosse Mattigkeit und Schwindel, seit einigen Wochen auch Anschwellung der Füsse. Potatorium zugegeben.

Kräftiger Körperbau. Am Halse Venenpuls. Sonorer Perkussionsschall; normales Vesikuläratmen. Herz stark verbreitert; epigastrische Pulsation. Spitzenstoss diffus, am deutlichsten in der Mammillarlinie des 6. Intercostalraumes. Herzaktion sehr frequent, 128 p. M., Töne rein. Mässiger Meteorismus des Abdomens. Ordination: Digitalis; Eisblase auf die Herzgegend. — Puls wird voller, dabei auch ruhiger. Atembeschwerden schwinden ganz; Patient entzieht sich der weiteren Beobachtung.

92. Joseph B., 39 Jahre alt, Knecht.

In Behandlung vom 2. XI. bis 11. XII. 1886. Vor mehreren Jahren Typhus. Schon seit längerer Zeit Klagen über Schweratmigkeit. Potatorium zugestanden.

Kräftiger, gut genährter Körper. Leichte Cyanose. Respiration 20, wenig dyspnoisch. Puls ziemlich gespannt und beschleunigt 96, regelmässig. Reichlicher zäh-schleimiger Auswurf. Lungenschall normal, einzelne Rasselgeräusche beiderseits. Herz zum Teil von Lunge überlagert; Spitzenstoss ausserhalb der Mammilla. An der Spitze ein blasendes systolisches Geräusch. Leber und Milz nicht vergrössert. Temperatur normal. Harn eiweissfrei. Ordination: Digitalis; Vinum. Die bronchitischen Erscheinungen gehen zurück; Harnmenge steigt bedeutend; die Zeichen der Herzinsuffizienz schwinden. Patient verlässt das Spital.

93. Jakob P., 39 Jahre alt; Bildhauer.

Beobachtet vom 4. II. bis 27. II. 1887. Angeblich seit dem Feldzug 1870/71 kränklich. Gegenwärtig Klage über hochgradige Atembeschwerden und Herzklopfen, neuerdings auch Anschwellung der Beine. Potator.

Kräftiger Körperbau, grosse Adipositas; normale Haut-

farbe. Puls mittelvoll, etwas beschleunigt, doch regelmässig (96). Respiration 28, nicht dyspnoisch. Herzdämpfung sehr verbreitert; Spitzenstoss im 6. Intercostalraum, 2 cm nach aussen und innen von der Mammillarlinie. Schwaches systolisches Geräusch an der Spitze, nach der Basis zu schwächer werdend. Abdomen etwas druckempfindlich; leichte Anasarca; Urin sehr spärlich. Ordination: Vinum; Eisblase; Calomel. — Temperatur normal. Urin stets eiweissfrei. Da Calomel ohne Einfluss auf die Diurese, werden Digitalis und Scilla verordnet. — Oedeme verschwinden; tägliche Harnmenge 2000 bis 2500 ccm. Subjektives Wohlbefinden; Pat. wird gebessert entlassen.

94. Joachim W., 56 Jahre alt; Dienstmann.

Im Spital vom 11. bis 19. IV. 1887. Früher öfters Magenkatarrh. Seit 5 Wochen Atembeschwerden, Schwindelgefühl, Zittern der Hände. In letzter Zeit auch Erbrechen. Erhebliches Potatorium zugestanden.

Herzfigur stark vergrössert; Spitzenstoss nicht fühlbar; Töne rein, aber sehr leise. Puls klein und weich, unregelmässig. Meteorismus; Lebergrösse daher nicht zu bestimmen. Auf Digitalisgebrauch wird die Herzaktion ruhiger, Puls voller; die Krankheitssymptome schwinden vollständig, sodass Pat. bedeutend gebessert entlassen werden kann.

95. Joseph O., 28 Jahre alt; Braugehilfe.

In Krankenhausbehandlung vom 8. bis 15. XI. 1887. Vor 4 Jahren Gelbsucht; seit 3 Monaten Magenbeschwerden, Erbrechen, Mattigkeit. Potatorium!

Robuster Körperbau; kräftige Muskeln; gut entwickeltes Fettpolster. Lungengrenzen tiefstehend, Exspirium etwas verlängert. Herz nach rechts nur wenig vergrössert; Spitzenstoss nicht fühlbar. Erster Mitralton unrein, 2. Pulmonalton accentuiert. Leber und Milz deutlich vergrössert. Herzaktion beschleunigt; Temperatur subnormal. — Durch diätetische Massregeln, Sal. thermar. Carol etc. wird erhebliche Besserung erzielt.

96. Johann H., 33 Jahre alt; Gasarbeiter.

Krankenhausaufenthalt vom 13. bis 29. XII. 1887. Pat. war bis auf eine vor 2 Jahren durchgemachte Lungenentzündung stets gesund. Seit mehreren Tagen Stechen auf der linken Seite; Atembeschwerden, Husten, Anschwellung der Beine. Zugestandenes, erhebliches Potatorium.

Kräftiger Körperbau; guter Ernährungsstand; cyanotisches Aussehen. Auf beiden Lungen rauhes Atmen und trockene

Rasselgeräusche. Herzdämpfung reicht bis zur Mitte des Sternum. Spitzenstoss in der vorderen Axillarlinie des 5. Inter-costalraumes. Herzaktion beschleunigt; lautes systolisches Geräusch an der Spitze; 2. Pulmonalton verstärkt. Leber und Milz etwas vergrössert; Harn zeigt beim Kochen Opaleszenz. Ordination: Eisblase, Wein; Decoct. Althaeae; Strophanthus. — Urinmenge steigt; Puls regelmässig, 74; Temperatur normal. Subjektives Wohlbefinden. — Das systolische Geräusch an der Herzspitze vollkommen geschwunden. Katarrhalische Erscheinungen auf der Lunge bestehen in geringem Grade noch fort. Pat. wird gebessert entlassen.

97. Johann F., 31 Jahre alt; Viehtreiber.

Im Spital vom 29. XII. 1887 bis 17. I. 1888. Vor 2 Jahren schon 13wöchentlicher Aufenthalt im Krankenhaus wegen Anschwellung der Beine, Schweratmigkeit. Zur Zeit Klage über Herzklopfen, Druckgefühl auf der Brust, trockenen Husten. Pat. ist starker Potator.

Herzdämpfung nach allen Dimensionen vergrössert; Töne äusserst leise; Spitzenstoss nicht zu fühlen. Radialpuls mässig gefüllt, sehr weich, zuweilen aussetzend. Temperatur normal; Respiration ruhig. Ordination: Eisblase auf das Herz; Digitalis. — Herzaktion gebessert, doch bleibt der Puls weich und klein bis zur Entlassung des Pat.

98. Johann L., 49 Jahre alt; Bäcker.

Spitalbeobachtung vom 6. bis 23. II. 1888. Im vorigen Jahre Gelbsucht, sonst keine Erkrankung. Seit mehreren Monaten Druckgefühl auf der Brust; Husten, Atembeschwerden, Potatorium bis zu 10 Litern zugestanden.

Ueber beiden Lungen Rasselgeräusche. Spitzenstoss breit, hebend; noch 2 cm ausserhalb der Mammillarlinie zu fühlen. Die Herzdämpfung ist nach beiden Seiten bedeutend verbreitert, reicht nach oben bis in den 2. Intercostalraum. Herztöne leise, aber rein; Aktion unregelmässig. Leber stark vergrössert. Thrombosierung der beiden Venae saphenae maj. Subnormale Temperaturen. Ordination: Strophanthus; später Digitalis. — Pat. verlässt auf Wunsch das Krankenhaus ohne Besserung.

99. Michael St., 48 Jahre alt, Zimmermann.

Im Krankenhaus vom 14. VIII. bis 25. IX. 1888. Angeblich vor 3 Wochen Erkältung; seitdem Mattigkeit, Husten, Atembeschwerden. Auch bemerkt Patient in der letzten Zeit Anschwellung des Unterleibes. Potator.

Kräftiger Körperbau; sehr starkes Fettpolster. Puls 104,

klein, weich; nicht ganz regelmässig; Respiration dyspnoisch, 32. Heftiger Tremor alcoholicus. Auswurf reichlich, schleimig-eitrig; zähe. Spitzenstoss sehr schwach in der Mammillarlinie fühlbar; Töne rein. Herz stark vergrössert; ebenso Leber und Milz. Ascites beträchtlich. Harn enthält Spuren von Eiweiss, Menge vermindert. Ordination: Calomel, Opium. — Temperatur andauernd subfebril; Herzaktion noch immer schwach. Digitalis! — Bedeutende Besserung: Ascites schwindet vollkommen; Puls 84, mittelvoll. Aktion regelmässig. Harn eiweissfrei, tägliche Menge 1600 ccm. Entlassung.

100. Jakob G., 40 Jahre alt, Maurer.

Aerztliche Beobachtung vom 10. bis 29. Novbr. 1888. Seit Frühjahr häufiges Herzklopfen; Brustbeklemmung, Atemnot. Früher starker Abusus cerevisiae (bis zu 18 Litern p. die). In letzter Zeit Appetitlosigkeit; Obstipation.

Kräftiges, gut genährtes Individuum. Temperatur subnormal; Respiration 24, Puls 98. Lungenbefund ergiebt nichts abnormes. Herzdämpfung reicht nach rechts 3 Finger breit über den rechten Sternalrand, nach links bis zur Mammillarlinie. Spitzenstoss nicht zu fühlen; Herztöne sehr leise, rein. Leber und Milz etwas vergrössert; Harn eiweissfrei. Ordination: Eisblase; Bettruhe; Digitalis. — Die Pulsfrequenz sinkt auf 76; subjektives Wohlbefinden. Patient verlässt bedeutend gebessert das Spital.

In Bezug auf vorstehende Casuistik habe ich noch anzuführen, dass einige wenige, durch einen Stern gekennzeichnete Fälle bereits in einem grösseren Aufsatz von Bollinger in den „Arbeiten aus dem pathologischen Institut zu München“, allerdings nur in Bezug auf den Obduktionsbefund, veröffentlicht worden sind.

Wenn ich an der Hand der vorliegenden Fälle eine Skizze der klinischen Erscheinungen der Hypertrophia cordis potatoria zu entwerfen versuche, so fällt vor Allem auf die gewöhnlich sehr kurze Krankheitsdauer, der meist nur mehrtägige, nur manchmal auf 2—3 Wochen, selten länger sich erstreckende Spitalaufenthalt.

Die meistens in jüngeren Jahren stehenden Patienten, welche gewöhnlich früher nie erheblich krank gewesen waren, kamen unter den Zeichen grosser Herzschwäche, bezw. Herz-

ermüdung ins Krankenhaus. Fast durchgehends sind es wohlgenährte Leute von kräftigem, ja selbst robustem Körperbau mit gut entwickelter Muskulatur und reichlichem Fettpolster.

Charakteristisch ist, wie schon Bollinger hervorhebt, der peracute, perniciöse Verlauf, der nicht im Einklang steht mit den Krankheitserscheinungen bei der fettigen Degeneration des Herzmuskels bei bestehendem Marasmus, bei sog. schlechtem Herzen.

Die initialen, vorwiegend subjektiven Krankheits-Symptome, welche zuweilen auf Wochen und Monate zurückgehen, namentlich was die Magenbeschwerden anlangt, verursachen oft spät ein wahres Krankheitsgefühl und geben erst bei ihrem Ueberhandnehmen Veranlassung zur Arbeits-Einstellung und zum Eintritt ins Spital. Sie bestehen hauptsächlich in Appetitlosigkeit, häufigem, besonders des Morgens in nüchternem Zustande sich einstellenden Erbrechen, Schweratmigkeit in Verbindung mit Stechen auf der linken Seite, Druckempfindlichkeit der epigastrischen Gegend, Druckgefühl auf der Brust, sowie Druck und Völle im Unterleib und meistens grosse körperliche Mattigkeit, seltener dagegen in Schwindel und Herzklopfen oder trockenem Husten. Es ergibt sich nun bei der typischen Herzerermüdung der Bierpotatoren folgender Befund:

Die Temperatur ist andauernd niedrig, meist subnormal, bis zu $35,3^{\circ}$ C. (in der Axilla gemessen) herabsteigend — vorausgesetzt, dass nicht komplikatorische Erkrankungen, insbesondere die bei derartigen Biertrinkern sehr häufig vorkommende chronische Lungentuberkulose, vorliegen.

Die Atmung ist meist sehr frequent und oberflächlich; sehr häufig ist hochgradige Dyspnoe vorhanden; gewöhnlich beträgt die Respirationsfrequenz 24—36 in der Minute; zuweilen aber steigt sie auch bis 48 und selbst 54. Solche Steigerungen treten meist sub finem vitae ein, die Atemnot wird dabei oftmals geradezu unerträglich.

Der Puls ist klein und weich, gewöhnlich regelmässig, nur gegen das Ende zu intermittierend, fast immer stark beschleunigt (von 80—140) in der Minute); der Radialpuls oft unfühlbar, teils wegen der starken Oedeme, teils weil nur wenige Wellen an die Peripherie gelangen.

Entsprechend der rechtsseitigen Herzvergrösserung findet sich meistens epigastrische Pulsation, entsprechend der linksseitigen öfters diffuse Erschütterung der Herzgegend. Sehr häufig besteht starke Pulsation der Halsgefässe, auch der

Venen. -- Tremor alcoholicus ist selten und wird wohl nur dann beobachtet, wenn (in den Ausnahmefällen) auch reichlich Schnaps neben den Biermengen genossen wird.

Die Zunge ist meist trocken und belegt, selten feucht.

Die Extremitäten fühlen sich kühl, oft sogar kalt an; an diesen sowohl wie am Rumpfe und besonders den Genitalien besteht starke ödematöse Anschwellung. Gesicht und Hände (noch vor Eintritt allgemeiner Oedeme) sind stark gedunsen; fast ausnahmslos ist starke Cyanose vorhanden, welche im Verlaufe der Krankheit oft die höchsten Grade erreicht. Gewöhnlich stellt sich auch Livor der Lippen ein und als terminale Erscheinung gesellt sich meistens eine mehr oder weniger ausgesprochene icterische Färbung der Haut hinzu.

Auf den Lungen erhält man, wenn nicht Tuberkulose (meist alte Spitzeninfiltration) vorliegt, sonore Perkussionschall; nur hinten unten beiderseits besteht eine bei Lagewechsel verschiebliche Dämpfung, meist handbreit, aber oft auch bis über die Mitte der Scapula heraufreichend; auskultatorisch hört man im Bereiche der Dämpfung hochgradig abgeschwächtes Vesikuläratmen. Gewöhnlich nimmt der Hydrothorax im weiteren Verlauf der Krankheit zu. Das Atmungsgeräusch ist vesikulär; doch sind übrigens ausgesprochene bronchitische Erscheinungen selten fehlend.

Die Herzdämpfung ist in allen Durchmessern vergrößert; in der Mehrzahl der Fälle reicht sie bis zum rechten Sternalrand oder darüber; nach oben bis zur 3. Rippe, nach links meist etwas über die Mammillarlinie hinaus; sehr häufig erfährt sie in den späteren Stadien der Erkrankung wegen des hinzutretenden Hydropericards eine beträchtliche Zunahme. Der Spitzenstoss ist entweder gar nicht oder (in der Mammillarlinie) schwach zu fühlen; gewöhnlich ist eine diffuse Erschütterung der Herzgegend wahrzunehmen. Die Herzaktion ist meist regelmässig, erst kurz ante mortem intermittierend und arhythmisch, was oft nur durch genaue Controlle constatiert werden kann im Gegensatz zu der Herz-Insuffizienz der alten Leute und derer, die an sogen. schwachem Herzen leiden, d. h. der echten Myodegeneratio cordis. Die Herztöne sind fast stets rein oder nur der 1. Mitralton ist unrein, sind immer sehr leise und dumpf; die 2. Arterientöne sind häufig verstärkt. Zuweilen besteht an der Mitralis ein schwaches systolisches Geräusch.

Der Leib ist aufgetrieben, meteoristisch; die epigastrische Gegend druckempfindlich und stark vorgewölbt; die Leber

erscheint meistens vergrössert, hart und resistent, auch druckempfindlich; oft ist sie auch von normaler Grösse; ganz ähnlich verhält sich die Milz. Beide ebensowohl wie der selten fehlende Ascites sind aber auch in vielen Fällen nicht zu bestimmen teils wegen des starken Meteorismus, teils wegen des oft kolossale Grade erreichenden Oedems der Bauchdecken.

Der Urin ist häufig trübe, von bierbrauner Farbe; meist stark sauer, reich an Uraten, aber frei von Gallenfarbstoff und anfangs auch von Eiweiss, während in späteren Stadien der Krankheit gewöhnlich ein geringer Eiweissgehalt nachgewiesen werden kann. Das spezifische Gewicht des Harns ist stets ziemlich hoch, 1020—1030; fast ausnahmslos besteht Oligurie (circa 200 ccm pro die), oft sogar Anurie.

Das Erbrochene besteht meistens aus Speiseresten und Schleim, enthält oftmals gallige Massen; zuweilen ist es auch hämorrhagisch tingiert.

Der Stuhlgang ist sehr oft obstipiert, doch bestehen zuweilen auch Diarrhoen; die Zufuhr von Speisen ist infolge der hochgradigen Appetitstörung sehr beschränkt.

Der Auswurf ist bald schleimig-zähe, bald wässerig-schaumig, in den späteren Stadien gewöhnlich schleimig-eitrig; zuweilen mit Blutstreifen gemischt, oft (sub finem vitae) hämorrhagisch (Infarct-Sputa).

Der Blutdruck ist bedeutend vermindert, wie die Untersuchungen mit Basch's Sphygmomanometer ergeben. — Der Hämoglobingehalt des Blutes ist normal, ebenso das Verhältnis der roten zu den weissen Blutkörperchen; ebenso wenig ergiebt die Trockensubstanz des Blutes etwas abnormes; das durch Venaesection entnommene Blut ist dunkelrot, fast schwarz.

Der Schlaf ist meist schon von Anfang an bedeutend gestört; es besteht grosse Unruhe des Patienten, namentlich während der Nacht. — In späteren Stadien der Erkrankung tritt gewöhnlich anhaltende Heiserkeit auf.

Das Sensorium ist meist frei bis gegen das Ende des Lebens zu; dann treten zuweilen leichte Benommenheit oder sogar Delirien ein (Inanitions-Delirien?).

Die Krankheits-Erscheinungen, besonders die Qualität der Herzaktion und des Pulses, bessern sich nur wenig und vorübergehend durch Excitantien, wie Cognac, Wein, Campher, durch Digitalis, Strophanthus, Quebracho, Coffeinum natrosalicyl., Calomel, Morphinum, Dampfbäder, Eis. Die beste

Wirkung ist noch von Campher und von der Venaesectio zu erwarten. Die Applikation Southey'scher Drainagen kann nur momentane Erleichterung schaffen; die Oedeme nehmen stetig zu; bei furchtbarem Lufthunger erfolgt meist plötzlicher Collaps und Exitus letalis.

Oft gehen der tötlichen Krankheit leichtere Erkrankungen in früheren Monaten, selbst Jahren voraus, die mit ähnlichen Erscheinungen, aber geringeren Grades, insbesondere Hydrops, verbunden waren, die dann nach profuser Harnsekretion sich besserten oder sogar vollständig verschwanden, aber nach einiger Zeit infolge der unveränderten, unzweckmässigen Lebensweise von neuem und viel stärker als das erste Mal, hervorgerufen wurden; derartige Patienten standen teilweise auch wegen Magenkatarrhs früher mehrfach in Behandlung.

Johannes Seitz*) in Zürich hat in seiner Arbeit: „Zur Lehre von der Ueberanstrengung des Herzens“ eine zusammenhängende Schilderung des Krankheitsverlaufes, die noch heute gleichsam als Paradigma für solche Herzkranken gelten kann, aufgestellt, und welche, obwohl der Verfasser von anderen Gesichtspunkten ausgeht, in ihren allgemeinen Zügen mit dem eben skizzierten Krankheitsbild so genau übereinstimmt, dass ich nicht unterlassen möchte, dieselbe (in kurzem Auszuge) an dieser Stelle wiederzugeben:

Es kommt ein Mann ins Spital in den besten Jahren; er war zeitlebens völlig gesund, will auch von seinen jetzigen Beschwerden nie etwas gewusst haben. Er war immer kräftig, und stets fähig, durch harte Arbeit sein Brot zu verdienen. Auf einmal erträgt er die Kraftanstrengungen nicht mehr. Muss er Lasten heben, rasch gehen, so bekommt er Herzklopfen, Dyspnoe; seine Glieder sind schwer wie Blei, allgemeine grosse Mattigkeit überfällt ihn bei der Arbeit, der Atem ist gehemmt; ein Druckgefühl beengt seine Brust. Anfangs zwingt sich der Kranke noch zur Arbeit, weil er meint, es seien das nur vorübergehende Schwächeanwandlungen, es solle und müsse durch angestrengte Thätigkeit wieder besser werden; allein es geht selbst beim besten Willen nicht mehr, seine Leistungsfähigkeit ist dahin. So wird er immer elender; das Herzklopfen wird heftiger, die Brust ist ihm wie zusammengeschnürt. Das Gesicht nimmt eine fahle, bläuliche Färbung an; die Füße schwellen, es kommt auch Husten und Auswurf. Allmählich wird Patient bettlägerig und kommt schliesslich ins Spital. Er zeigt die Anfangserscheinungen von

*) Citiert nach Kurzak; siehe Literaturverzeichnis.

Kreislaufstörungen, oder ev. auch ihre höchsten Grade. Eine Erscheinung tritt vor Allem hervor: Dyspnoe. Woher mag sie rühren? Er hat früher nie auf der Brust gelitten, nie gehustet; seine Lungen bieten auch jetzt normale Verhältnisse, oder sie zeigen höchstens starke Bronchitis; jedenfalls aber liegen die Verhältnisse so, dass man die Erscheinungen der Lunge nicht als Hauptsache hinzustellen vermag, sondern nur als Folge der Störung der Funktion eines anderen Organes. Die Gefässe sind normal, die Leber kann von vornherein nicht Ursache dieser Respirationsercheinungen sein, auch die Nieren bieten nichts abnormes, höchstens ist etwas Eiweiss im Urin; kurz alle Symptome weisen auf das Herz als eigentlichen Urheber hin; die Herzkraft muss vermindert sein. Bei der Perkussion ist die Herzdämpfung wenig vergrössert, oder bis zu kolossalen Dimensionen; die Töne sind meist vollkommen rein, nirgends ist ein Geräusch zu entdecken. So kann eine bestimmte Diagnose nicht gestellt werden. Indessen geht es dem Patienten vielleicht wieder besser; die Erscheinungen nehmen ab; die Herzthätigkeit wird regelmässig; Patient betrachtet sich als geheilt und verlässt das Spital. Aber nach einigen Wochen ist er wieder da, weil er seine unvernünftige Lebensweise fortgesetzt hat, — elend, keuchend, blau, mit subnormaler Temperatur. Unter steigender Beengung und Atemfrequenz naht sich langsam das Ende, oder mitten in scheinbarer Besserung stirbt der Kranke unerwartet eines plötzlichen Todes. —

Was schliesslich noch die Prognose betrifft, so ist dieselbe im allgemeinen nur dann günstig zu stellen, wenn die Respirations- und Pulsfrequenz nicht übermässig beschleunigt, die Temperatur normal, nicht subnormal ist, wenn die Oedeme keinen zu hohen Grad erreichen, wenn die Harnverminderung keine excessive und therapeutisch leicht zu beeinflussende ist, endlich wenn die Herz- und Leberdämpfung keine enormen Dimensionen annimmt.

Nicht minder interessant und charakteristisch wie das klinische Bild ist nun der pathologisch-anatomische Befund bei Hypertrophia cordis potatoria.

Fast ausnahmslos betrifft die Erkrankung kräftige Leute mit gut entwickelter Muskulatur und reichlichem Fettpolster; meistens findet sich ausgebreitetes Oedem des Rumpfes und der Extremitäten, sowie allgemeine Cyanose und leicht-icterische Hautfärbung.

Das Gehirn ist ebenfalls häufig ödematös und anämisch;

zuweilen besteht chronische Leptomeningitis und Hydrocephalus externus und internus.

Weiterhin findet sich gewöhnlich chronischer Kehlkopfkatarrh; Oedem der Glottis dagegen, obwohl es sich auch hier und da vorfindet, gehört schon zu den selteneren Befunden.

Der Lungenbefund ergibt beiderseitigen Hydrothorax, in manchen Fällen Hämohydrothorax; Oedem und braune Induration der Lungen; Stauungs-Bronchitis; häufig geheilte oder frische Tuberkulose (käsige Herde, Cavernen, hämorrhagische sero-fibrinöse Pleuritis, schiefrige Induration, peribronchitische Herde, Adhäsiv-Pleuritis); Ecchymosen der Pleura; hämorrhagische Infarcte. In den Lungenarterien finden sich vielfach Thromben und Emboli.

Das meiste Interesse bietet selbstverständlich das Herz. Hydropericardium, zuweilen auch Hämohydropericard, ist in den meisten Fällen vorhanden; selten ist eine Adhäsiv-Pericarditis oder eine hämorrhagische sero-fibrinöse Pericarditis. Die Ventrikel sind beide erweitert (meist um das Doppelte) und hypertrophisch; Sehnenflecke namentlich über dem rechten Ventrikel sind häufig, auch fehlt selten eine mehr oder weniger starke Trübung und Verdickung des Epicards, zuweilen ist auch eine geringgradige Trübung des Endocards vorhanden. Die Klappen sind meistens schlussfähig, doch besteht in vielen Fällen relative Insufficienz wegen starker Erweiterung der Atrio-Ventricularklappen. Die Papillarmuskeln sind öfters sehnig degeneriert, manchmal auch ungemein stark entwickelt. Ecchymosen finden sich auf Peri-, Epi- und Endocard. Der Herzmuskel selbst ist verschieden, oft derb, starr, blass oder von dunkelbraunroter Farbe, sehr oft aber auch brüchig, trüb-braun und von gelblichen Flecken durchsetzt [verfettet]. Die Muskel-Primitivbündel sind verbreitert, aber gewöhnlich nicht degeneriert, die Kerne vergrössert; meist staubige Trübung und verwaschene Zeichnung; in einer Anzahl von Fällen finden sich marantische Thromben in den Herzhöhlen, besonders im rechten Ventrikel [terminale Veränderungen]. Die Arterien sind weit und reichlich mit Blut gefüllt [im Gegensatz hierzu steht die klinische Beobachtung, dass bei Aderlass und Einstich nur wenig Blut sich entleert]. Die Fettauflagerung über dem Herzen ist mässig oder gering; fettige Degeneration besteht nur in Ausnahmefällen. Dass übrigens ausser dieser noch eine andere, objektiv nicht nachweisbare

Degeneration vorkommt, hat bereits Schultz,*) welcher letzterwähnte Degeneration die „einfache“ nennt, nachgewiesen, indem er ungefähr folgendes ausführt:

„Wir finden ziemlich häufig bei Sectionen die Herzwandungen beträchtlich verdickt, aber sowohl bei der makroskopischen Betrachtung, als bei der mikroskopischen Untersuchung derselben entweder gar nicht oder nur andeutungsweise im Zustande der Fettmetamorphose begriffen, trotzdem sowohl die Erscheinungen während des Lebens, als die hypertrophischen Transsudate und die abnorme Blutverteilung, welche noch bei der Section zu Tage tritt, dennoch beweisen, dass die Leistung der verdickten Herzwand herabgesetzt war, dass die Hypertrophie keine echte, sondern unechte, dass das Herzfleisch noch in einer anderen Weise als durch Fettmetamorphose seiner Muskelfasern entartet ist.“

Der weitere pathologische Befund bei Herzhypertrophie beruht in der Hauptsache auf Stauungserscheinungen. Ganz gewöhnlich findet man die Stauungs- [Muskatnuss-] Leber in ihren verschiedensten Stadien [geschwellte, indurierte, atrophische]; ferner Stauungsmilz [Vergrößerung oder Induration]; zuweilen auch embolische Keile in derselben; Stauungsnieren meist in Form der cyanotischen Induration mit Schwellung [hypertrophische Cirrhose]; in manchen Fällen auch leichte Granularatrophie, erkennbar an grobhöckerigen Erhabenheiten auf der Schnittfläche, und Narbennieren; selten sind Nierensteine. Ascites ist bei fast allen Patienten vorhanden, vereinzelt auch eine hämorrhagische Adhaesivperitonitis. Die Untersuchung des Verdauungskanales ergiebt Ektasie des Magens, zuweilen Geschwürsnarben und Erosionsgeschwüre; Ecchymosen der Magen- und Darmschleimhaut; Magen Darmkatarrh, selten tuberculöse Darmgeschwüre, blutige Ergüsse in den Magen und Darmkanal als terminale Erscheinung.

So charakteristisch und vielseitig nun auch der Befund bei der idiopathischen Hypertrophie und Dilatation ist, so lässt er uns dennoch im Stich, wenn wir nach den Ursachen fragen, welche die das fatale Ende herbeiführende Herzinsuffizienz bedingen. Im Hinblick auf die Schwere und den rapiden Verlauf der klinischen Erscheinungen könnte man glauben, recht augenfällige Veränderungen des Herzens oder der Herzmuskulatur vorzufinden; aber eine fettige Degeneration,

*) Citiert nach Kurzak, über den Tod durch Herzerermüdung etc. Inaug.-Diss. München 1883. Siehe Literaturverzeichnis.

welche in erster Linie in Frage kommt, fehlt in vielen Fällen vollständig, und wo sie vorhanden, ist sie gewöhnlich nur angedeutet; die Patienten können also niemals infolge von „Fett-herz“ zu Grunde gehen, wie noch vielfach irrtümlicherweise angenommen wird. Die Ursachen der letalen Insuffizienz des Herzens sind, wie erwähnt, bis heute noch nicht aufgeklärt; doch sind sie, gestützt durch das Fehlen jedes greifbaren Grundes, höchstwahrscheinlich zu suchen in einer Störung der Innervation, in einer toxisch-funktionellen Lähmung der Herznerven und -Ganglien, durch welche eine allmählich immer stärker sich kundgebende Ermüdung des Herzmuskels bedingt wird, die das tödtliche Ende in mehr oder weniger rascher Zeit herbeiführt [Bollinger].

Tabellarische Uebersicht der Fälle.

Von den 63 Fällen, welche mit Tod abgingen, ergaben sich bei den 38 Sektionen, bei denen Mass- und Gewichtsbestimmungen ausgeführt wurden (bis zum Jahre 1881 wurden im pathologischen Institut dieselben nicht regelmässig vorgenommen), folgende Verhältnisse in Bezug auf Herz- und Körpergewicht, sowie Körperlänge:

Lauf. Nr.	Gewerbe	Alter	Herzgewicht in Grammen	Körpergewicht in Kilogrammen	Körperlänge
8	Leichenträger	44	455	—	168
11	Tagelöhner	42	590	77	177
12	Metzger	39	330	68	168
13	Schuhmacher	40	460	78	165
14	Commissionär	39	595	75	165
15	Schenkkellner	24	490	86	163
16	Privatier	29	545	71	162
17	Spängler	33	540	71	166
18	Dienstmann	39	515	76	165
19	Tagelöhner	30	500	75	171
20	Hausknecht	42	460	—	—
21	Bäcker	47	730	92	166
22	Musiker	50	625	90	169
23	Dienstmann	41	390	57	150
24	Wirt	34	430	61	164
26	Schenkkellner	28	390	71	153

Lauf.Nr.	Gewerbe	Alter	Herzgewicht in Grammen	Körpergewicht in Kilogrammen	Körperlänge
28	Kutscher	33	480	79	167
29	Kaufmann	28	480	71	175
31	Schenkkellner	29	415	67	154
32	Tagelöhner	42	605	79	165
33	Kutscher	34	490	66	159
34	Dienstmann	34	640	72	164
35	Tagelöhner	46	505	64	157
36	Ausgeher	45	380	58	153
37	Maurer	26	420	58	176
51	Viehtreiber	34	660	91	172
52	Schlosser	29	650	69	165
53	Metzger	31	485	69	158
54	Brauer	31	409	100	166
55	Tagelöhner	43	630	71	170
56	Schäffler	29	420	83	157
57	Maurer	47	540	74	177
58	Tagelöhner	33	540	80	167
59	Maurer	47	640	69	173
60	Brauer	33	405	63	168
61	Dienstmann	50	520	71	166
62	Steinschleifer	26	470	71	164
63	Brauer	30	545	—	—

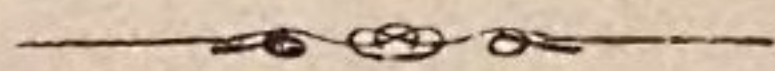
Die Durchschnittszahlen der vorliegenden Tabelle sind: für das Alter 36 Jahre; für das Herzgewicht 513 Gramm; das durchschnittliche Körpergewicht beträgt 74 kg, die Körperlänge 165 cm, während das absolute Gewicht des normalen Herzens für einen 70 kg schweren, in mittleren Lebensjahren stehenden Mann, nur 300—330 g beträgt.

Die Auswahl der gesamten Fälle wurde in der Weise vorgenommen, dass Personen von mehr als 50 Jahren ausgeschlossen wurden, und zwar aus dem Grunde, weil in höherem Lebensalter die Herzhypertrophie meist mit anderen Krankheitserscheinungen kompliziert zu sein pflegt, reine Fälle dagegen, auf welche es hier in erster Linie ankam, jedenfalls äusserst selten und sicherlich nur schwer von den Begleiterscheinungen zu trennen sein dürften.

Es bleibt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. von Ziemssen, meinem verehrten Lehrer, für die gütige Ueberlassung des Materials, sowie Herrn Dr. Rieder für die freundlichst geleistete Unterstützung bei der Arbeit ergebenst zu danken.

L i t e r a t u r.

- Bollinger: Arbeiten aus dem pathologischen Institut zu München.
Stuttgart 1886.
- Bollinger: „Ueber die Häufigkeit und Ursachen der idiopathischen Herzhypertrophie.“ Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 12; 1884.
- Fraentzel: Vorlesungen über die Krankheiten des Herzens,
I. Teil Berlin 1889.
- Jürgensen: Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie.
Leipzig 1889.
- Kurzak: Ueber den Tod durch Herzerermüdung bei Hypertrophie
des rechten Ventrikels infolge von Kypho-Scoliose. Inaug.
Diss. München 1883.
- Noessel: Der Einfluss der Assanierungsarbeiten in München
auf den acuten Gelenkrheumatismus. Inaug.-Diss. 1892.
- v. Recklinghausen: Handbuch der allgemeinen Pathologie
des Kreislaufs und der Ernährung. Stuttgart 1883.
- Schmidbauer: Ueber die Häufigkeit der Herzerkrankungen in
München. Inaug.-Diss. München 1883.
- v. Ziemssen: „Ueber die Häufigkeit des Rheumatismus articularum acutus in München während der Jahre 1889—1891.“
Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu
München. 1892.



INDEX

1. Introduction
2. The first part of the book
3. The second part of the book
4. The third part of the book
5. The fourth part of the book
6. The fifth part of the book
7. The sixth part of the book
8. The seventh part of the book
9. The eighth part of the book
10. The ninth part of the book
11. The tenth part of the book
12. The eleventh part of the book
13. The twelfth part of the book
14. The thirteenth part of the book
15. The fourteenth part of the book
16. The fifteenth part of the book
17. The sixteenth part of the book
18. The seventeenth part of the book
19. The eighteenth part of the book
20. The nineteenth part of the book
21. The twentieth part of the book
22. The twenty-first part of the book
23. The twenty-second part of the book
24. The twenty-third part of the book
25. The twenty-fourth part of the book
26. The twenty-fifth part of the book
27. The twenty-sixth part of the book
28. The twenty-seventh part of the book
29. The twenty-eighth part of the book
30. The twenty-ninth part of the book
31. The thirtieth part of the book
32. The thirty-first part of the book
33. The thirty-second part of the book
34. The thirty-third part of the book
35. The thirty-fourth part of the book
36. The thirty-fifth part of the book
37. The thirty-sixth part of the book
38. The thirty-seventh part of the book
39. The thirty-eighth part of the book
40. The thirty-ninth part of the book
41. The fortieth part of the book
42. The forty-first part of the book
43. The forty-second part of the book
44. The forty-third part of the book
45. The forty-fourth part of the book
46. The forty-fifth part of the book
47. The forty-sixth part of the book
48. The forty-seventh part of the book
49. The forty-eighth part of the book
50. The forty-ninth part of the book
51. The fiftieth part of the book
52. The fifty-first part of the book
53. The fifty-second part of the book
54. The fifty-third part of the book
55. The fifty-fourth part of the book
56. The fifty-fifth part of the book
57. The fifty-sixth part of the book
58. The fifty-seventh part of the book
59. The fifty-eighth part of the book
60. The fifty-ninth part of the book
61. The sixtieth part of the book
62. The sixty-first part of the book
63. The sixty-second part of the book
64. The sixty-third part of the book
65. The sixty-fourth part of the book
66. The sixty-fifth part of the book
67. The sixty-sixth part of the book
68. The sixty-seventh part of the book
69. The sixty-eighth part of the book
70. The sixty-ninth part of the book
71. The seventieth part of the book
72. The seventy-first part of the book
73. The seventy-second part of the book
74. The seventy-third part of the book
75. The seventy-fourth part of the book
76. The seventy-fifth part of the book
77. The seventy-sixth part of the book
78. The seventy-seventh part of the book
79. The seventy-eighth part of the book
80. The seventy-ninth part of the book
81. The eightieth part of the book
82. The eighty-first part of the book
83. The eighty-second part of the book
84. The eighty-third part of the book
85. The eighty-fourth part of the book
86. The eighty-fifth part of the book
87. The eighty-sixth part of the book
88. The eighty-seventh part of the book
89. The eighty-eighth part of the book
90. The eighty-ninth part of the book
91. The ninetieth part of the book
92. The ninety-first part of the book
93. The ninety-second part of the book
94. The ninety-third part of the book
95. The ninety-fourth part of the book
96. The ninety-fifth part of the book
97. The ninety-sixth part of the book
98. The ninety-seventh part of the book
99. The ninety-eighth part of the book
100. The ninety-ninth part of the book
101. The hundredth part of the book

Kipp, Albin

100 Fälle von Hypertrophia cordis potatoria

München 1893

Diss.med. 257-36/43

urn:nbn:de:bvb:12-bsb11598275-5